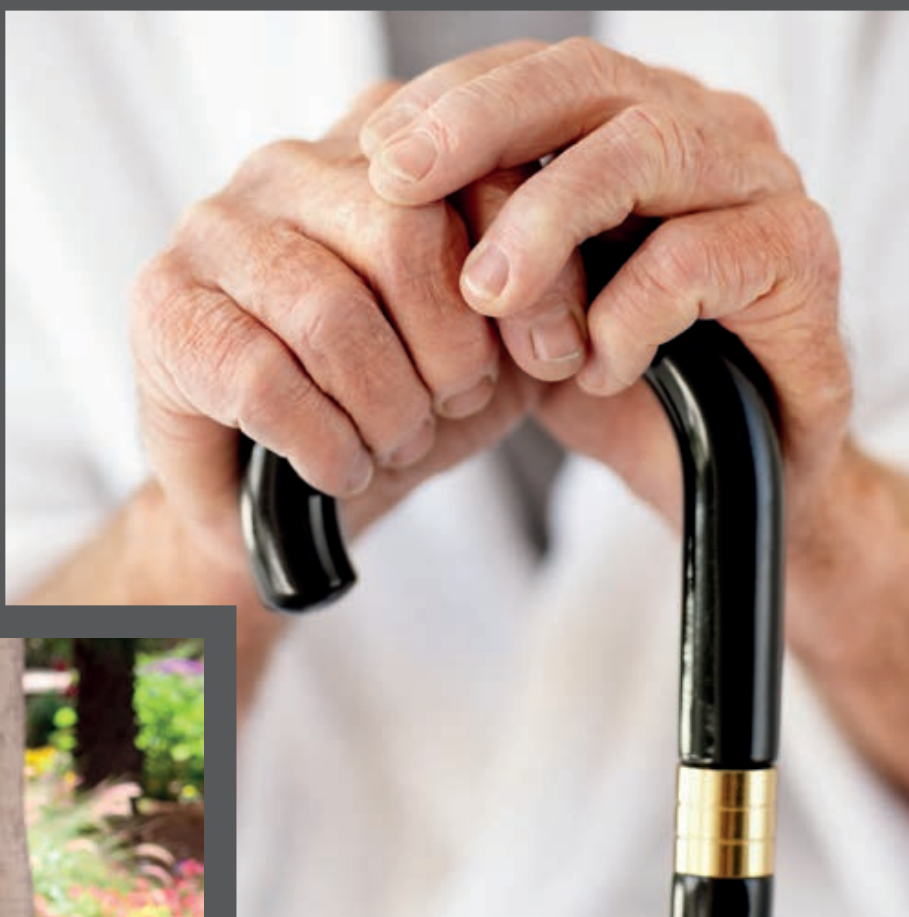




# woonzorg

centrum  
zone  
servicegebied  
netwerk

Een handleiding en werkboek voor meer samenwerking en integratie



Jozef Pacolet & Frederic De Wispelaere

**gepubliceerd door** Provincie Oost-Vlaanderen

**lay-out en zetwerk** Karakters, Gent  
**omslagontwerp** Karakters, Gent

© 2013 Provincie Oost-Vlaanderen

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means, without permission in writing from the publisher.



Jozef Pacolet & Frederic De Wispelaere

Projectleiding: Prof. dr. Jozef Pacolet

Onderzoek in opdracht van het provinciebestuur Oost-Vlaanderen,  
gedeputeerde Eddy Couckuyt, in samenwerking met het provinciaal  
overleg woonzorgcentra



# voorwoord

Terwijl één van ons beide pas geboren was startte voor de andere bijna 30 jaar terug in het voorjaar 1984 een eerste onderzoek over de kostprijs van de thuiszorg met een klein vooronderzoek over de coördinatie en samenwerking in de thuiszorg in Gent. De resultaten staan te lezen in Spinnewyn & Pacolet, 1985. Wie was de spil van de samenwerking, wie waren de partners, wat deden zij en moesten zij doen, wat was de kostprijs en de impact? De discussie ging in Gent nog over 'thuishospitalisatie' (De Maeseneer, 1983). De verschuiving naar thuiszorg en samenwerking was ingezet. Men had radicaal de weg ingeslagen van de thuiszorg. Nu 30 jaar later wordt ons de mogelijkheid geboden om een handleiding te maken over de samenwerking tussen de woonzorgzone (een thuiszorg-concept), de woonzorgcentra (toch nog 'geïnstitutionaliseerd') en de woonzorgnetwerken (zoals aangekondigd in het Woonzorgdecreet 2009, maar verwijzend naar samenwerking tussen residentiële zorg en thuiszorg). Dit actieonderzoek legt de band tussen de drie facetten. Een deel van de studie vertrok van de woonzorgcentra, maar het is duidelijk dat het gaat over de samenwerking met de thuiszorg en de omgeving. Dertig jaar om eindelijk een versterkte ambitie te ontwaren in de samenwerking tussen residentiële zorg en thuiszorg. Het kan lang lijken, maar instituties veranderen langzaam. Trouwens, het uitvoeringsbesluit van de woonzorgnetwerken is nog niet verschenen. Wij kunnen dan ook gerust stellen dat wij hier nog maar aan de 'primavera' zijn van de relatie tussen woonzorgcentra – woonzorgzones – woonzorgnetwerken. Maar de lezer en gebruiker van deze handleiding zal ook nu dertig jaar later dan de eerste confrontatie met de samenwerking in de thuiszorg nog altijd ontdekken dat men kritisch zal moeten afwegen wat het additionele resultaat is dat men kan realiseren met de additionele inspanningen. Enkel als die balans zichtbaar positief is, zal vooruitgang op dit vlak duurzaam zijn.

Vooreerst wensen wij de Provincie Oost-Vlaanderen te bedanken voor de financiering van dit onderzoek om een nieuwe aanzet te geven in deze ontwikkelingen, met het maken van een soort 'handleiding' of 'draaiboek' voor de uitbouw van woonzorgzones en woonzorgnetwerken en de plaats van woonzorgcentra daarin. We wensen de provincie alvast alle succes toe bij de ondersteuning van de samenwerkingsverbanden die deze concepten wensen te realiseren.

De Provincie Oost-Vlaanderen definieerde deze opdracht als een actieonderzoek. De lange lijst aan personen die wij wensen te bedanken voor hun bereidwillige medewerking doet ons hopen dit gerealiseerd te hebben. Het op pad gaan in de mooie Provincie Oost-Vlaanderen, hier is echter één van ons chauvinistisch, heeft inspirerend gewerkt om het theoretisch denken te vertalen naar een praktische handleiding. Een handleiding die hopelijk welzijns-, woon- en zorgvoorzieningen dichterbij elkaar kan brengen, steeds ten dienste van de cliënt. Wat we hopen, en wat we alvast hebben kunnen vaststellen in de focusgroepen, is dat de betrokkenen elkaar beter leren kennen. Dit kan via formeel gestructureerde samenwerkingsverbanden, maar vaak ook doorgewoond via informele contacten. Contacten die verder gaan dan de eigen structuren. In de focusgroepen werd regelmatig de vraag gesteld "Wat kunnen we voor elkaar betekenen?" Nog beter is, wat kunnen we voor de cliënt/gebruiker betekenen? Wij hebben zelf mogen ervaren dat de betrokken zorgactoren dit elke dag op het terrein trachten te realiseren. Het organiseren van samenwerkingsverbanden moet hen hierbij helpen.

De begeleidende stuurgroep, onder het kritische oog van de heer Frans Meyfrootd, heeft ons vakkundig begeleid gedurende dit actieonderzoek. Wij hebben hun dagdagelijkse betrokkenheid en inzet op het terrein zelf mogen ervaren. De dienst Sociale Planning van de provincie is ons uitermate behulpzaam geweest bij het aanleveren van statistische data en overzichtelijke kaarten. Wij zijn ervan overtuigd dat deze dienst een belangrijke hulp kan zijn bij het voorbereiden van samenwerkingsverbanden. De SEL-coördinatoren voor de SEL Gent, de SEL Sint-Niklaas en de SEL Waasland hebben een groot aandeel in de realisatie van deze handleiding. Via het selecteren van overlegdossiers kon de impact van woonzorgzones en woonzorgnetwerken op de eerstelijnszorg nagegaan worden. Ook door hun hulp bij de organisatie van de focusgroepen hebben zij ons als onderzoekers goed ondersteund. Via de aanwezigen in deze focusgroepen hebben wij een zicht gekregen op de situatie in elk van de geselecteerde deelgemeenten. Wij hopen dat deze focusgroepen ook voor hen inspirerend zijn geweest. Maar ook de koepelorganisaties en de Oost-Vlaamse woonzorgcentra hebben via hun ondersteuning en medewerking aan de elektronische bevraging ons belangrijke inzichten aangeleverd. De vragenlijst vergde immers van de woonzorgcentra een grote inspanning. Daarmee heeft men niet alleen bijgedragen aan het onderzoek, maar kan men zich ook positioneren en vergelijken met de antwoorden van de rest van de sector, en heeft men een aanzet gegeven tot mogelijk nieuwe initiatieven aan de hand van het draaiboek dat deze informatie ook gebruikt. Ten slotte wensen wij onze HIVA collega's, Sien Winters, Georges Hedeboom en Caroline Gijselinckx te bedanken voor hun deskundige raad bij het realiseren van dit onderzoek en deze handleiding.

Deze handleiding moet samen gehanteerd worden met een elektronisch werkboek dat een deel van de analyse in deze handleiding automatisch kan overdoen voor de eigen omgeving van een woonzorgcentrum, woonzorgzone of woonzorgnetwerk. Een deel van de informatie kan hierbij ook verkregen en verwerkt worden via de dienst Sociale Planning van de Provincie Oost-Vlaanderen. Ook daarin nodigen deze handleiding en het elektronisch werkboek uit tot samenwerking.

Lente 2013

**Prof. dr. Jozef Pacolet en Frederic De Wispelaere**

# inhoud

Voorwoord	5
Lijst afkortingen	9
Verklarende woordenlijst	11
Lijst tabellen	15
Lijst figuren	17
Inleiding	19
<b>1   Modellen en concepten van woonzorgzones en woonzorgnetwerken</b>	<b>21</b>
1.1 Situering van de begrippen op basis van een update van de literatuur	22
1.1.1 De woonzorgzone als concept binnen het woonzorgservicegebied	22
1.1.2 Het woonzorgnetwerk	28
<b>2   Experimenten woonzorgnetwerken: Ledeberg, Grembergen en Zaffelare</b>	<b>31</b>
2.1 Situering	31
2.2 Genomen stappen 2009 – 2011	32
2.2.1 Ledeberg	32
2.2.2 Zaffelare	32
2.2.3 Grembergen	32
2.3 Eindrapportering en continuering	32
2.3.1 Ledeberg	33
2.3.2 Zaffelare	33
2.3.3 Grembergen	34
2.4 Opdrachten gedefinieerd in het kader van onderzoek	35
2.4.1 Ledeberg	35
2.4.2 Zaffelare	36
2.4.3 Grembergen	36
2.5 Knelpunten, successen, aandachtspunten en ‘good practices’	39
<b>3   Woonzorgcentra in woonzorgnetwerken en woonzorgzones: bevraging woonzorgcentra</b>	<b>41</b>
3.1 Situering	41
3.2 Resultaten	42
3.2.1 Aanwezigheid, samenstelling, inhoud en evaluatie van de woonzorgnetwerken	42
3.2.2 Zorginfrastructuur: inhoud van de woonzorgzones en woonzorgservicegebieden	54
3.3 Besluit	64

<b>4   Organisatie focusgroepen: experimenten en controlegroepen</b>	<b>69</b>
4.1 Situering	69
4.2 Resultaten	71
4.2.1 De impact van de ZP3-projecten en de sterke link met woonzorgnetwerken	71
4.2.2 Inhoud van het woonzorgnetwerk en de woonzorgzone	73
4.2.3 Bekendheid van en communicatie rond het woonzorgnetwerk en de woonzorgzone	74
4.2.4 De positie van het woonzorgnetwerk en de woonzorgzone	75
4.2.5 De limieten van het woonzorgnetwerk en de woonzorgzone	75
4.2.6 Ondersteuning door gemeentelijke/stedelijke diensten	75
4.2.7 Is er nood aan woonzorgnetwerken en woonzorgzones?	75
4.2.8 Vastgestelde leemten en hiaten	76
4.3 Besluit	80
<b>5   Impact woonzorgnetwerken op de eerstelijnszorg: toetsen van overlegdossiers</b>	<b>83</b>
5.1 Situering	83
5.2 Resultaten webbevraging	86
5.3 Besluit	98
<b>6   Handleiding: proces tot de ontwikkeling van een woonzorgnetwerk en de uitbouw van woonzorgzones</b>	<b>99</b>
6.1 Diagnose van het woonzorggebied	99
6.1.1 Sociale planning: uitdagingen voor de toekomst	100
6.1.2 Een overzicht van het huidige zorglandschap	100
6.1.3 Het detecteren van behoeften en hiaten: ouderenbehoefteonderzoek	105
6.2 Uitbouw van de woonzorgnetwerken: eigen situatie vergeleken met de regio/Provincie (resultaat bevraging) en sterkte-zwakteanalyse	106
6.2.1 Keuze van de doelstellingen: leemten en noden	106
6.2.2 Keuze van de (professionele) partners	107
6.2.3 Keuze van de acties	110
6.2.4 Keuze van de organisatievorm	111
6.2.5 Monitoring van de resultaten: nulmeting en vooruitgang	111
6.2.6 Evaluatie en leren uit de lessen	112
<b>7   Epiloog</b>	<b>113</b>
<b>BIJLAGEN</b>	<b>118</b>
bijlage 1 Stuurgroepleden	118
<b>Bibliografie</b>	<b>119</b>



# lijst afkortingen

<b>BTW</b>	Belasting toegevoegde waarde
<b>CADO</b>	Collectieve Autonome DagOpvang
<b>CM</b>	Christelijke Mutualiteit
<b>CVBA</b>	Coöperatieve vennootschap met beperkte aansprakelijkheid
<b>CVOA</b>	Coöperatieve vennootschap met onbeperkte aansprakelijkheid
<b>FerubeL</b>	Federatie van rustoorden van België
<b>FOS</b>	Federatie Onafhankelijke Seniorenzorg
<b>GDT</b>	Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging
<b>GIS</b>	Geografisch informatiesysteem
<b>HAACP</b>	Hazard Analysis and Critical Control Points
<b>HIVA</b>	Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving
<b>ISA</b>	Integrated Service Areas
<b>LDC</b>	Lokaal dienstencentrum
<b>MDO</b>	Multidisciplinair overleg
<b>OCMW</b>	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
<b>PAS</b>	Personenalarmsysteem
<b>RIZIV</b>	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
<b>ROB</b>	Rustoord voor bejaarden
<b>RVT</b>	Rust- en verzorgingstehuis
<b>SEL</b>	Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg
<b>SEV</b>	Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting
<b>SINE</b>	Sociale inschakelingseconomie
<b>SIT</b>	Samenwerkingsinitiatief thuiszorg
<b>STAGG</b>	Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg
<b>VSO</b>	Vennootschap met sociaal oogmerk
<b>VVSG</b>	Vereniging van Vlaamse Steden en gemeenten
<b>VZW</b>	Vereniging Zonder Winstoogmerk
<b>WZC</b>	Woonzorgcentrum
<b>WZZ</b>	Woonzorgzone
<b>ZP3</b>	Zorgprotocol 3



# verklarende woordenlijst<sup>1</sup>

<b>Aanvullende thuiszorg</b>	De zorg die bestaat in het aanbieden van schoonmaakhulp, oppashulp, of karweihulp.
<b>CADO</b>	Collectieve autonome dagopvang
<b>Centrum voor herstelverblijf</b>	Een centrum voor herstelverblijf is een voorziening die als opdracht heeft, aan gebruikers die een heelkundige ingreep hebben ondergaan of aan een ernstige aandoening hebben geleden, die gepaard ging met een ziekenhuis-opname of een langdurige onderbreking van de normale activiteiten, in daartoe bestemde lokalen, tijdelijke opvang te bieden opdat ze opnieuw zelfstandig kunnen functioneren in het natuurlijke thuismilieu.
<b>Centrum voor kortverblijf</b>	Een centrum voor kortverblijf is een voorziening waar aan gebruikers van 65 jaar of ouder ofwel gedurende een beperkte periode dag en nacht ofwel alleen 's nachts huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden
<b>Dagverzorgingscentrum</b>	Een dagverzorgingscentrum is een voorziening die als opdracht heeft, de gebruiker van 65 jaar of ouder in daartoe bestemde lokalen, dagverzorging, alsook geheel of gedeeltelijk, de gebruikelijke persoonsverzorging en huishoudelijke hulp te bieden.
<b>Dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg</b>	Is een voorziening die als opdracht heeft, aan gebruikers met een verminderd zorgvermogen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• persoonsverzorging en huishoudelijke hulp aan te bieden;</li> <li>• aanvullende thuiszorg aan te bieden, al dan niet op basis van een samenwerkingsverband.</li> </ul>
<b>Dienst voor logistieke hulp</b>	Een dienst voor logistieke hulp is een voorziening die als opdracht heeft aan gebruikers met een verminderd zelfzorgvermogen schoonmaakhulp aan te bieden.
<b>Dienstencheque</b>	Een betaalmiddel uitgegeven door een uitgiftebedrijf, waarmee de gebruiker, met de financiële steun van de Staat in de vorm van een consumptiesubsidie, een prestatie van buurtwerken of -diensten kan vergoeden die door een erkende onderneming wordt geleverd (Wet van 20 juli 2001 tot bevordering van buurtdiensten en -banen)
<b>Dienst voor oppashulp</b>	Een dienst voor oppashulp is een voorziening die als opdracht heeft de vraag naar en het aanbod van oppashulp te coördineren in samenwerking met vrijwilligers.
<b>Dienst voor thuisverpleging</b>	Een dienst voor thuisverpleging is een organisatie van verpleegkundigen die gecoördineerd wordt door één of meer verpleegkundigen, waarvan de werking is vastgelegd in een schriftelijke overeenkomst en waarvan de verpleegkundigen als werknemer of als zelfstandige verpleegkundige activiteiten in het natuurlijk thuismilieu van de gebruiker uitoefenen.

<sup>1</sup> Op basis van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 indien geen verwijzing.

<b>Dienst voor maatschappelijk werk van het ziekenfonds</b>	Een dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds is een voorziening die als opdracht heeft hulp- en dienstverlening te bieden aan gebruikers en aan hun mantelzorgers, in het bijzonder als zij door ziekte, handicap, ouderdom of vanuit sociale kwetsbaarheid blijvend of tijdelijk problemen ondervinden.
<b>Gebruiker</b>	Iedere natuurlijke persoon die vanuit een verminderd zelfzorgvermogen een beroep doet op woonzorg.
<b>Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT)</b>	Is een gezondheidszorgvoorziening die, per zorgzone, het geheel van de patiëntenzorg versterkt onder meer via praktische organisatie en ondersteuning van verstrekkingen in het kader van de thuisverzorging, waarbij de tussenkomst van beroepsbeoefenaars van verschillende disciplines vereist is (KB van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging).
<b>Groep van assistentiewoningen</b>	Een groep van assistentiewoningen is een voorziening die bestaat uit één of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar, onder welke benaming ook, aan gebruikers van 65 jaar of ouder die er zelfstandig verblijven in individuele aangepaste wooneenheden, huisvesting wordt gegeven en ouderenzorg waarop zij facultatief een beroep kunnen doen.
<b>Gezinszorg</b>	Het zorgaanbod dat bestaat uit persoonsverzorging, huishoudelijke hulp en schoonmaakhulp, alsook de daarmee verband houdende algemene psychosociale en pedagogische ondersteuning en begeleiding.
<b>Lokaal dienstencentrum</b>	Een lokaal dienstencentrum is een voorziening die als opdracht heeft aan de gebruikers: <ul style="list-style-type: none"> <li>• activiteiten van algemene informatieve, vormende en recreatieve aard aan te bieden om de zelfredzaamheid en het sociale netwerk van de gebruikers te versterken, in overleg met lokale verenigingen en organisaties die gelijksoortige activiteiten aanbieden;</li> <li>• hulp bij activiteiten van het dagdagelijkse leven aan te bieden.</li> </ul>
<b>Mantelzorger</b>	De natuurlijke persoon die vanuit een sociale en emotionele band één of meer personen met verminderd zelfzorgvermogen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagdagelijkse leven.
<b>Ouderenvoorziening</b>	Een dagverzorgingscentrum, een centrum voor kortverblijf, een groep van assistentiewoningen of een woonzorgcentrum.
<b>Ouderenzorg</b>	De zorg die er specifiek op gericht is de levenskwaliteit van gebruikers van 65 jaar of ouder te behouden, te herstellen of te ondersteunen in een thuisvervangend milieu.
<b>Regionaal dienstencentrum</b>	Een regionaal dienstencentrum is een voorziening die als opdracht heeft: <ul style="list-style-type: none"> <li>• aan de gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers groepsgerichte activiteiten van algemeen informatieve en vormende aard aan te bieden;</li> <li>• aan de gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers objectief advies te verlenen over het volledige aanbod van materiële hulp en immateriële hulp- en dienstverlening;</li> <li>• materiële en immateriële hulp- en dienstverlening binnen het bereik te brengen van gebruikers en mantelzorgers;</li> <li>• de vrijwilligerszorg te organiseren en te ondersteunen door vraag en aanbod op elkaar af te stemmen, vorming aan de vrijwilligers aan te bieden en in specifieke zorgsituaties de samenwerking tussen organisaties van vrijwilligerszorg te bewerkstelligen.</li> </ul>

<b>Samenwerkingsinitiatief eerstelijnszorg (SEL)</b>	Is een door de Vlaamse Regering erkend samenwerkingsverband van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en eventueel van vertegenwoordigers van mantelzorgers of vrijwilligers, dat gericht is op de optimalisatie van de zorg binnen een geografisch afgebakend werkgebied (Besluit van 19 december 2008 van de Vlaamse Regering betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnszorg)
<b>Thuiszorg</b>	De zorg aan huis of de zorg die er specifiek op gericht is de gebruiker te handhaven in of te laten terugkeren naar zijn natuurlijk thuismilieu.
<b>Thuiszorgvoorziening</b>	Een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, een dienst voor logistieke hulp, een dienst voor oppashulp, een dienst voor thuisverpleging, een dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds, een lokaal of regionaal dienstencentrum, een dienst voor gastopvang of een centrum voor herstelverblijf.
<b>Vrijwilliger</b>	De natuurlijke persoon die, op vrijwillige basis en onbezoldigd en in een georganiseerd verband, zijn activiteiten uitvoert.
<b>Woonzorg</b>	Thuiszorg of ouderenzorg.
<b>Woonzorgcentrum</b>	Een woonzorgcentrum is een voorziening die bestaat uit één of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar, onder welke benaming ook, aan gebruikers van 65 jaar of ouder, die er permanent verblijven, in een thuisvervangend milieu huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden.
<b>Zorgwonen of kangoeroewonen</b>	<p>Zorgwonen of kangoeroewonen is een vorm van wonen waarbij voldaan is aan alle hiernavolgende voorwaarden (Vlaamse codex ruimtelijke ordening van 15 mei 2009):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• in een bestaande woning wordt één ondergeschikte wooneenheid gecreëerd,</li> <li>• de ondergeschikte wooneenheid vormt één fysiek geheel met de hoofdwooneenheid,</li> <li>• de ondergeschikte wooneenheid, daaronder niet begrepen de met de hoofdwooneenheid gedeelde ruimten, maakt ten hoogste één derde uit van het bouwvolume van de volledige woning,</li> <li>• de creatie van de ondergeschikte wooneenheid gebeurt met het oog op het huisvesten van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• hetzij ten hoogste twee ouderen in de zin van de gecoördineerde decreten van 18 december 1991 inzake voorzieningen voor ouderen,</li> <li>• hetzij ten hoogste twee hulpbehoevende personen, zijnde personen met een handicap, personen die in aanmerking komen voor een tenlasteneming door de Vlaamse zorgverzekering, alsmede personen met een nood aan ondersteuning om zich in het thuismilieu te kunnen handhaven,</li> </ul> </li> <li>• de eigendom, of ten minste de blote eigendom, op de hoofd- en de ondergeschikte wooneenheid berust bij dezelfde titularis of titularissen.</li> </ul>
<b>Zorgprotocol 3 project</b>	Hierbij kunnen voor een beperkte periode instellingen en organisaties uit de residentiële sector, GDT of Diensten voor thuisverpleging een financiering krijgen voor projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.



# lijst tabellen

<b>Tabel 1.1</b>	Drie invalshoeken bij de inrichting van een woonservicegebied	26
<b>Tabel 1.2</b>	Mogelijke voordelen van een woonzorgnetwerk voor de gebruiker en de aanbieder	29
<b>Tabel 3.1</b>	Samenstelling responsgroep naar juridisch statuut vergeleken met reële situatie	42
<b>Tabel 3.2</b>	Aanwezigheid WZC in een samenwerkingsverband naar juridisch statuut (n=76)	43
<b>Tabel 3.3</b>	Aanwezigheid WZC in beheersinstantie naar juridisch statuut (n=76)	43
<b>Tabel 3.4</b>	Typologie van de samenwerkingsverbanden (n=73)	49
<b>Tabel 3.5</b>	Hoe evalueert U de samenwerking tussen de betrokken partners (n=61)	52
<b>Tabel 3.6</b>	Hoe evalueert U dit initiatief inhoudelijk (n=61)	52
<b>Tabel 3.7</b>	Realisatie van een aantal kenmerken van de woonzorgzone (zorgvriendelijke wijk) op basis van de literatuur (n=30)	62
<b>Tabel 3.8</b>	Componenten van een woonzorgzone (zorgvriendelijke wijk) (n=30)	63
<b>Tabel 3.9</b>	Diensten die aangeboden worden binnen het informatiepunt (meerdere antwoorden mogelijk) (n=20)	63
<b>Tabel 3.10</b>	Een aantal zorgverstrekkers uit de woonzorgnetwerken in perspectief	67
<b>Tabel 5.1</b>	Multidisciplinair overleg in het kader van lopende ZP3-projecten, 2012	86
<b>Tabel 5.2</b>	Aantal geselecteerde overlegdossiers, naar deelgemeente	86
<b>Tabel 5.3</b>	Geselecteerde overlegdossiers naar jaar van opening, naar deelgemeente	87
<b>Tabel 5.4</b>	Gemiddelde leeftijd personen in overlegdossier, naar deelgemeente	87
<b>Tabel 5.5</b>	Overlegdossiers naar zorgzwaarte (Weckx-score), naar deelgemeente	88
<b>Tabel 5.6</b>	Type multidisciplinair overleg, naar deelgemeente	88
<b>Tabel 5.7</b>	Hoofdrede teamoverleg, naar deelgemeente	89
<b>Tabel 5.8</b>	Initiatiefnemer van overleg, naar deelgemeente	90
<b>Tabel 5.9</b>	Zorgbemiddelaar, naar deelgemeente	91
<b>Tabel 5.10</b>	Voorzieningen aanwezig bij overleg, naar deelgemeente*	93
<b>Tabel 5.11</b>	Betrokken bij de taakinvulling, naar deelgemeente	95
<b>Tabel 5.12</b>	Verhouding betrokken in taakinvulling versus aanwezig in teamoverleg	96
<b>Tabel 5.13</b>	Behandeling bepaalde aandachtspunten in teamoverleg, naar deelgemeente	97
<b>Tabel 6.1</b>	Huidige situatie en programmatie ouderenzorg en thuiszorg	105
<b>Tabel 6.2</b>	Actiedomeinen te realiseren via het woonzorgnetwerk	107
<b>Tabel 6.3</b>	Checklist deelnemers aan het woonzorgnetwerk	108
<b>Tabel 6.4</b>	Voorzieningen aanwezig in een woonzorgzone/woonzorgservicegebied	109
<b>Tabel 6.5</b>	Activiteiten + raming in te zetten middelen	110
<b>Tabel 6.6</b>	Actiedomeinen: huidige en nieuwe situatie	112





# lijst figuren

<b>Figuur 1.1</b>	STAGG-model: Stedelijk en plattelandsscenario	23
<b>Figuur 1.2</b>	Afbakening begrippen: zorgregio, woonzorgservicegebied, woonzorgzone, campus – site, woonzorgcentrum	27
<b>Figuur 3.1</b>	Gemiddeld aantal samenwerkingverbanden waarin het WZC betrokken is (n=76)	44
<b>Figuur 3.2</b>	%-verdeling type samenwerking over totaal aantal samenwerkingsverbanden (n=231)	46
<b>Figuur 3.3</b>	Mate dat partner voorkomt in een samenwerkingsverband (meerdere antwoorden mogelijk) (n=74)	47
<b>Figuur 3.4</b>	Gemiddeld aantal partijen wanneer partner aanwezig is in het samenwerkingsverband (n=64)*	48
<b>Figuur 3.5</b>	Welke partner neemt de coördinatie van het samenwerkingsverband op zich? (meerdere antwoorden mogelijk) (n=44)	50
<b>Figuur 3.6</b>	Taken opgenomen door het samenwerkingsverband (meerdere antwoorden mogelijk) (n=69)	51
<b>Figuur 3.7</b>	Gemiddeld aantal residentiële en transmurale zorgvoorzieningen aanwezig in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied (n=25)	56
<b>Figuur 3.8</b>	Gemiddeld aantal woongelegenheden van aangepaste woonvormen aanwezig in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied (n=22)	57
<b>Figuur 3.9</b>	Gemiddeld aantal thuiszorgdiensten actief in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied (n=20)	58
<b>Figuur 3.10</b>	Gemiddeld aantal eerstelijnszorgdiensten actief in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied (n=23)	59
<b>Figuur 3.11</b>	Gemiddeld aantal welzijnsdiensten aanwezig in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied (n=17)	60
<b>Figuur 3.12</b>	Gemiddeld aantal commerciële nabijheidsdiensten aanwezig in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied (n=20)	61
<b>Figuur 3.13</b>	Vervoersdiensten aanwezig in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied (n=21)	62
<b>Figuur 3.14</b>	Woonzorgcentra naar deelgemeente in de responsgroep	65
<b>Figuur 3.15</b>	Aantal samenwerkingsverbanden opgegeven door Woonzorgcentra naar deelgemeente	65
<b>Figuur 4.1</b>	Overzicht Minder Mobielen Centrales Oost-Vlaanderen	77
<b>Figuur 6.1</b>	Landelijk gebied: situatie in Zaffelare	102
<b>Figuur 6.2</b>	Middenstedelijk gebied: situatie in Grembergen	103
<b>Figuur 6.3</b>	Stedelijk gebied: situatie in Ledeberg	104



# inleiding

Het Provinciaal Overleg Woonzorgcentra waarin de koepels van de woonzorgcentra vertegenwoordigd zijn (DOTzorg, Ferubel, FOS en Zorgnet Vlaanderen) heeft met het Provinciebestuur Oost-Vlaanderen een samenwerkingsovereenkomst afgesloten om in samenspraak acties te ontwikkelen voor de verdere uitbouw van de zorg. Eén van de actieplannen was de relatie ‘woonzorgcentra en woonzorgnetwerken met woonzorgzones’ verder te ontwikkelen. In dat kader besliste de ad hoc commissie Woonzorg van de Provincie Oost-Vlaanderen in 2011 over te gaan tot een “actiegericht onderzoek in verband met mogelijke modellen en concepten van woonzorgzones en woonzorgnetwerken in de provincie en de beleidsmatige implicaties hiervan”, dit ook uitgaande van het Vlaamse Woonzorgdecreet. Drie lopende provinciale experimenten woonzorg en de SEL’s Oost-Vlaanderen werden uitgenodigd om aan dit actiegericht onderzoek mee te werken. Het HIVA voerde dit onderzoek uit. Voorliggend verslag is er de neerslag van onder de vorm van een handleiding voor verdere actie en samenwerking. De groeiende behoefte aan zorg in de vergrijzende samenleving en de groeiende interesse maar ook noodzaak voor samenwerking tussen intramurale en extramurale zorg stelt veel voorzieningen en diensten in deze sector voor de uitdaging om dit zo effectief en efficiënt mogelijk te doen.

Dit handboek wenst een handzame handleiding te zijn voor succesvol netwerken in het labyrint van wonen en zorg. Dit vanuit de idee: “Wat kunnen we voor elkaar betekenen?” EN “Wat kunnen we voor de cliënt/gebruiker betekenen?”

Op basis van een intensieve terreinverkenning wensten wij deze handleiding zo praktijkgericht mogelijk te schrijven. Verschillende stappen werden hierbij gezet. Elk van deze stappen maakt deel uit van het beschrijvende gedeelte van de handleiding. Maar deze handleiding wil vooral inspirerend werken voor het creëren van woonzorgnetwerken en het uitbouwen van woonzorgservicegebieden en woonzorgzones.

In het eerste hoofdstuk worden de begrippen ‘woonzorgnetwerk’, ‘woonzorgzone’ en ‘woonzorgservicegebied’ theoretisch gekaderd. Het concept ‘woonzorgzone’ werd in de jaren ’90 geïntroduceerd in Nederland, zich inspirerend op een aantal modellen in de Scandinavische landen. Gedurende het voorbije decennia is dit concept zowel theoretisch maar ook in de praktische uitvoering ervan sterk geëvolueerd. Het begrip ‘woonzorgnetwerk’ werd pas recentelijk gedefinieerd via het Woonzorgdecreet 2009.

In drie gemeenten is tussen 2009 en 2011 met de steun van het Provinciebestuur Oost-Vlaanderen getracht woonzorgnetwerken te creëren en componenten van woonzorgservicegebieden/woonzorgzones te implementeren. In een stedelijke omgeving (Ledeberg), een middegebied (Grembergen) en een landelijke omgeving (Zaffelare) werd gestreefd naar een praktische uitvoering van deze begrippen. Hun ervaringen zijn opgenomen in het tweede hoofdstuk van deze handleiding. Daarnaast hebben zij in het najaar van 2012 gefocust op een aantal leemten die men vaststelde gedurende de looptijd van de experimenten. Het ging hier meer specifiek om vervoer, personenalarmsysteem (PAS), woningaanpassing en buurtbetrokkenheid.

Eind 2012 werd een elektronische bevraging georganiseerd bij alle woonzorgcentra (WZC) in de provincie. Doelstelling was om een zicht te krijgen op de bestaande initiatieven van woonzorgzones en woonzorgnetwerken. Op basis van de inhoud en samenstelling, kon een geaggregeerd profiel bekomen worden. Het laat toe eigen initiatieven hiermee te

vergelijken maar ook toekomstige nieuwe initiatieven van woonzorgzones en woonzorgnetwerken te ontwikkelen. Hoofdstuk 3 geeft de resultaten weer van deze bevraging. Deze resultaten zijn tevens in een elektronisch werkboek (Excel-toepassing) opgenomen zodat men zelf aan het werk kan gaan om zijn eigen projecten te situeren.

Eveneens werden er 8 focusgroepen georganiseerd. Deze vonden plaats in de 3 gemeenten betrokken bij het experiment 'woonzorgnetwerken' (met name Zaffelare, Ledeberg en Grembergen) en in 5 zogenaamde controlegemeenten (Sint-Niklaas, Stekene, Destelbergen, Deinze en Geraardsbergen). In deze focusgroepen richtten we ons op de werking van de woonzorgnetwerken – woonzorgzones en de impact van bepaalde aspecten van de woonzorgzones en woonzorgnetwerken op de eerstelijnszorg (voor gemeenten waar er een woonzorgzone of woonzorgnetwerk aanwezig is) maar ook op de nood aan vormen van woonzorgzones en woonzorgnetwerken. De ervaringen zijn op een geaggregeerde wijze opgenomen in hoofdstuk 4.

Via het selecteren van overlegdossiers door de SEL-coördinatoren is de impact nagegaan van samenwerkingsverbanden en woonzorgzones op de eerstelijnsgezondheidszorg. Per deelgemeente die eveneens betrokken waren in de focusgroepen werden overlegdossiers geselecteerd. De resultaten zijn verwerkt in hoofdstuk 5.

Ten slotte wordt in het laatste hoofdstuk de implementatiehandleiding geïntroduceerd die moet leiden tot de ontwikkeling van woonzorgnetwerken en de implementatie van woonzorgzones. Een belangrijke component van deze handleiding is de bijgevoegde Excel-toepassing. Op basis van gegevens over het bevolkingsprofiel, de aanwezige (zorg)voorzieningen, de behoeften kan een eerste diagnose van de zorgregio gemaakt worden. Voor de ontwikkeling dienen partners gemobiliseerd en doelstellingen bepaald te worden. De handleiding en het elektronisch werkboek waarbij de eigen situatie vergeleken kan worden met de responsgroep, kunnen bijdragen tot de werkelijke ontwikkeling.

Deze handleiding is geen universeel handboek voor alle aspecten van wonen en zorg. De invalshoek is hier duidelijk de aanbodzijde van de voorzieningen, die uiteraard permanent de vinger aan de pols moeten houden van de vraagzijde en de behoeften, maar hierna is vooral gekeken hoe zij de samenwerking en netwerking verder kunnen uitbouwen en optimaliseren. Het netwerk is ook de vorm van samenwerking om het aanbod van de diensten op een woonzorgcentrum, een woonzorgcampus, of het woonzorgservicegebied beter uit te bouwen. Met het aanbod van de diensten en voorzieningen valt de klemtoon ook op de ZORG-dimensie van het woonzorg-gebeuren. De fysische infrastructuur, de ruimtelijke planning die vaak ook in verband worden gebracht met de woonzorgzone dreigen hier ook op de achtergrond te verdwijnen. Voor behoefteanalyses, de sociale kaarten, de ruimtelijke invulling verwijzen wij graag naar diverse andere studies. Hier wensen wij de samenwerking gestalte te geven.

De opdracht vanuit de Provincie Oost-Vlaanderen kaderde in de samenwerkingsovereenkomst tussen de provincie en de woonzorgcentra. Daarom is hier ook het vertrekpunt van observatie en misschien zelfs van actie gelegd bij de woonzorgcentra, om hun betrokkenheid te accentueren en te versterken, als een soort van positieve actie, maar zeker niet om te beweren dat deze woonzorgcentra 'centrisch' moeten worden. De woonzorgzones en woonzorgservicegebieden omvatten zowel de intramurale en extramurale aanbieders en overstijgen juist deze zuilen of kokers en bieden een netwerk aan waarin elk hoekpunt een nieuw middelpunt kan worden van betrokkenheid.



## modellen en concepten van woonzorgzones en woonzorg-netwerken

Het theoretisch denken rond het integreren van wonen, welzijn en zorg en de concepten die hierop geïnspireerd zijn, kende enkele decennia geleden haar intrede, maar is zowel theoretisch maar ook in de praktische uitvoering ervan nog volop in ontwikkeling. De (nood aan) vervaging van de grenzen tussen wonen en zorg, maar ook binnen de zorg tussen thuiszorg en ouderenzorg, maakt dat verschillende initiatieven in Vlaanderen hun intrede kenden, vaak geïnspireerd op andere Europese voorbeelden. Het zijn geleidelijke stappen die men zet naar een geïntegreerd zorgmodel. Het integreren van beide componenten van ‘woonzorg’, met name thuiszorg en ouderenzorg, met wonen en welzijn dient te leiden tot de creatie van zorgcontinuïteit, bereikbaarheid<sup>2</sup> en zorg op maat<sup>3</sup>. Dit veronderstelt een goede afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag en tegelijk ook een permanente coördinatie en opvolging ervan. Het introduceren van woonzorgzones en woonzorgservicegebieden in steden en gemeenten, en woonzorgnetwerken die het aanbod hierbinnen kunnen faciliteren, dienen bij te dragen tot de verwezenlijking van deze ambities.

Het uitbouwen van woonzorgservicegebieden/woonzorgzones en het opzetten van woonzorgnetwerken kadert in de ambitie om tot een verdere ‘vermaatschappelijking’ van de zorg te komen. In de beleidsbrief voor 2012-2013 van de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werd dit begrip als volgt omschreven: “de verschuiving binnen de zorg waarbij gestreefd wordt om mensen met beperkingen, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- of emotionele problemen, mensen die in armoede leven,... met al hun potenties en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de gewone samenleving te laten innemen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de gemeenschap te laten verlopen” (Vandeurzen, 2012).

<sup>2</sup> Het is het principe van de beschikbaarheid van zorg voor iedereen met een zorgvraag onafhankelijk van de woonplaats van de zorgvrager (Van Damme & Winters, 2003)

<sup>3</sup> Het principe gaat uit van maximale keuzevrijheid waarbij de zorgvrager vrij moet kunnen kiezen op welke zorgaanbieder hij beroep doet en rekening wordt gehouden met de specifieke zorgvraag zonder rekening te houden met het aanwezig aanbod in een voorziening of een regio (Van Damme & Winters, 2003).

## 1.1 Situering van de begrippen op basis van een update van de literatuur

### 1.1.1 De woonzorgzone als concept binnen het woonzorgservicegebied



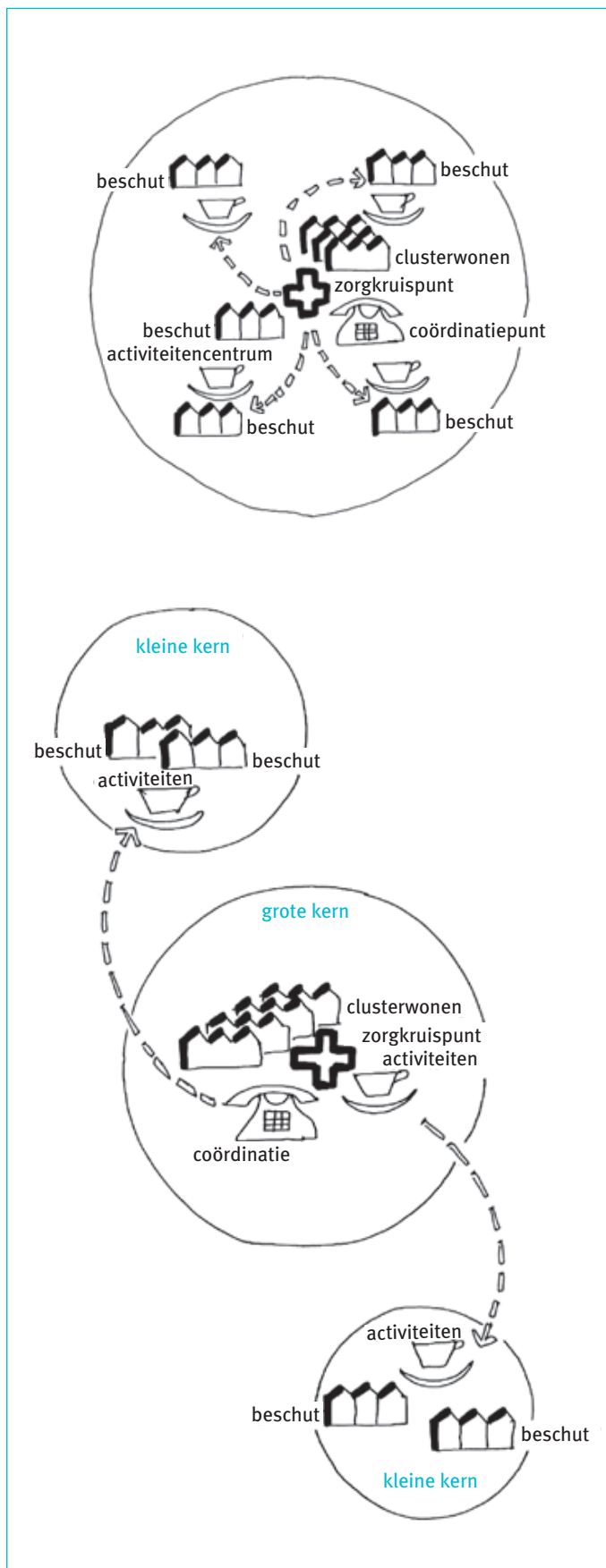
Het concept ‘woonzorgzone’ werd in de jaren ’90 geïntroduceerd in Nederland, zich inspirerend op een aantal modellen in de Scandinavische landen. Dit was in de eerste plaats te beschouwen als een planologisch concept, waarbij STAGG (Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg) een handleiding publiceerde die vandaag nog steeds als referentie geldt (STAGG, 2000). Het bouwkundig planningsconcept (STAGG-model) werd opgesplitst voor twee type wijken en scenario’s, met name stedelijk en platteland.<sup>4</sup> Het stedelijk scenario is ontworpen voor steden met een veelvoud van 10 000 inwoners, gekenmerkt door een dichte bebouwingsdichtheid, woningbouw in meerdere lagen, een goed en uitgebreid vervoersnetwerk, een grote diversiteit

van voorzieningen en een beperkt gevoel van sociale veiligheid (Van Damme & Winters, 2003). Het plattelandscenario is een verdeeld gebied van 10 000 inwoners in twee kleine kernen van circa 2 500 inwoners en een grotere kern van circa 5 000 inwoners. Het gaat hier om een kleinschalige woon-werkomgeving, lage bebouwingsdichtheid, beperkte openbaar vervoer, goede bereikbaarheid van de voorzieningen in de kernen, beperkte aanwezigheid van voorzieningen als winkels, ziekenhuis, bibliotheek (Ibid.).

---

<sup>4</sup> Het stedelijke of landelijke karakter van een regio kan/zal een invloed hebben op wonen, welzijn en zorg (zie ook de Kam, 2012). Inzake welzijn kan/zal in een landelijke omgeving doorgaans de verkeersveiligheid, de luchtkwaliteit, de sociale veiligheid iets groter zijn. Nadeel is dan weer dat (zorg) voorzieningen verder weg gelegen kunnen zijn, waardoor gebruik dient gemaakt te worden van eigen/openbaar vervoer of zelfs hulp van derden. Ten slotte kan/zal ook het woonprofiel verschillen door de grotere aanwezigheid van appartementen in meer stedelijke regio’s en zijn de mogelijkheden inzake het introduceren van aangepaste woonvormen beperkter. Het verschil in profiel zal ook andere opportuniteiten doen ontstaan.

**Figuur 1.1** STAGG-model: Stedelijk en plattelandsscenario



Volgende begrippen worden binnen dit concept gedefinieerd (STAGG, 2000; Van Damme & Winters, 2003):

- *Beschut wonen:* bij beschut wonen worden een aantal zelfstandige wooneenheden in een gebouw ondergebracht;
- *Clusterwonen:* is een vorm van wonen waarbij binnen woningen naast privé-woonruimten ook gemeenschappelijke ruimten beschikbaar zijn voor 24-uursbegeleiding en nachtelijk toezicht;
- *Zorgkruispunt:* het zorgkruispunt is al dan niet gekoppeld aan het coördinatiepunt. Hier wordt 24-uurszorg geleverd en kan een klein medisch centrum, een ziekenboeg voor kortdurende opname van thuiswonende ouderen en dagopvang omvatten;
- *Activiteitencentrum:* de haalfuncties zoals gedefinieerd door STAGG worden ondergebracht in een activiteitencentrum met recreatieve, culturele en hobby-activiteiten, dagopvang, fysiotherapie. Het kan eventueel ook een restaurant omvatten. De grootte en aanbod van activiteiten is afhankelijk van de locatie;
- *Coördinatiepunt:* het coördinatiepunt is het centrale loket waar een breed scala aan functies naar de bewoner wordt toegebracht. Het punt coördineert het aanbod van zorg- en dienstverlening. Tegelijk komen alle meldingen van vragen naar zorg- en dienstverleningsfuncties.



Voor het beschut wonen en het clusterwonen wordt telkens het aantal benodigde woon-eenheden geschat op basis van een inschatting van de woon- en zorgbehoeften van ouderen in de nabije toekomst. Maar het model wenst ook bij te dragen tot de organisatie van de dienstverlening en de zorgfuncties. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen functies die worden gehaald door de gebruiker (haalfuncties zoals sociale contacten, recreatieve en culturele activiteiten, dagbesteding, reactivering, revalidatie,...), die worden gebracht door de aanbieder (brengfuncties zoals maaltijdbezorging, boodschappen-dienst, klussen aan huis, levering van hulpmiddelen, vervoer, zorg voor sociale en fysieke veiligheid, verpleging, alarmering...) en ten slotte interne levering waarbij het criterium speelt van niveau van zorg en waarbij woon, zorg- en dienstverlening op dezelfde locatie worden ondergebracht (STAGG, 2000).

Dit planologisch concept is het voorbije decennia ook inspirerend gebleken voor onderzoek in Vlaanderen, onder meer voor de Westhoek, Leuven en Genk (Van Damme & Winters, 2002; Ibid., 2003; Peetermans & Winters, 2006; Ibid.; 2009; Spruytte & Hedebouw, 2008). De gehanteerde termen werden dan steeds vertaald naar de realiteit en te hanteren terminologie in Vlaanderen. Zo is het 'clusterwonen' vergelijkbaar met de zorg in de woon-zorgcentra aan zwaar zorgbehoevenden (B en C-profiel) (Peetermans & Winters, 2009). Het beschut wonen lijkt eerder gereserveerd te worden voor personen met een beperkte zorgbehoevendheid (o en A-profiel) waarbij woonvormen als serviceflats, aanleunwoningen, assistentiewoningen het best aansluiten bij de Nederlandse term. Daarnaast zouden dienstencentra dienst kunnen doen als coördinatiepunt en activiteiten centrum (Van Damme & Winters, 2003). Het zorgkruispunt kan dan weer zeer divers ingevuld worden.

Het concept 'woonzorgzone' heeft in tussentijd een lange weg afgelegd, waarbij we vaststellen dat zowel de literatuur als de praktische uitvoering ervan verder is geëvolueerd. Waar het STAGG-model enkel sprak van woonzorgzones, is in tussentijd een tweede begrip geïntroduceerd, met name het 'woonservicegebied'. Ondertussen zouden er ook reeds meer dan honderd woonservicegebieden ontwikkeld zijn in Nederland (de Kam, 2012). Maar we kunnen ook spreken over een 'zorgvriendelijke wijk' en een 'zorgvriendelijke gemeente' (zie Peetermans & Winters, 2006; Ibid., 2009).

De meest recente definitie die SEV (Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting) (nu Platform 31) hanteert bij de omschrijving van het woonservicegebied is (SEV, 2012): "In een woonservicegebied zijn wonen, zorg en welzijn zo georganiseerd dat ouderen en mensen met een beperking lang zelfstandig kunnen blijven wonen, met een goede kwaliteit van leven, zonder in een isolement te raken. Diverse partijen zorgen gezamenlijk voor een gebiedsgericht aanbod van fysieke en sociale voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn." Algemeen genomen zou dit moeten leiden tot een verlaagde behoefte aan intramurale zorg. Een goed overzicht van woonserviceconcepten gehanteerd in het buitenland wordt geboden via het 'Integrated Service Areas' platform (ISA).<sup>5</sup> Het platform herbergt experts uit Nederland, Duitsland, Zwitserland en Denemarken.

---

<sup>5</sup> <http://www.isa-platform.eu>



In de meest recente literatuur wordt de woonzorgzone beschouwd als een onderdeel binnen het ruime geheel van een woonservicegebied (Singelberg & van Triest, 2009; SEV, 2012). Singelberg & van Triest (2009) omschrijven de woonzorgzone als volgt: “Binnen een woonservicegebied kan een woonzorgzone worden onderscheiden binnen een straal van 200 meter rond een 24 uurzorgcentrum. Binnen een woonzorgzone gelden strikte normen voor zorg op afroep, voor de zorggeschiktheid van de woningen en voor de veiligheid van de woonomgeving. Hier kunnen ook de meest kwetsbare groepen zorgcliënten zo zelfstandig mogelijk wonen te midden van de algemene bevolking.”

De definiëring van een woonservicegebied komt tot uiting via volgende kenmerken (SEV, 2012):

- zo lang mogelijk in de eigen woning blijven wonen (levensloopgeschikte woningen) – stimuleren van kleine aanpassingen;
- binnen de eigen wijk blijven wonen;
- hoge kwaliteit van het dagdagelijks leven;
- verhoogde graad van participatie in de samenleving door mensen met een beperking;
- wijkservicecentrum (welzijn).

Tegelijk worden er tien ‘bouwstenen’ van een woonservicegebied geïdentificeerd (SEV, 2012):

- samenwerking binnen een integraal wijkzorgteam;
- wijkservicecentrum voor ontmoeting, informatie en ‘haaldiensten’;
- voldoende levensloopbestendige woningen in het gebied;
- voldoende kleinschalige groepswooningen voor hen die niet meer zelfstandig kunnen wonen;
- wijkdienstenteam voor brengdiensten (diensten aan huis);
- ondersteuning van mantelzorgers (vrijwilligers, case management);
- mantelzorgwoningen en zorgkamers;
- woningaanpassingen particulier bezit;
- veilige en leefbare woonomgeving;
- aanpak sociaal isolement.

Het SEV (2012) omschrijft drie invalshoeken bij de inrichting van een woonservicegebied: een zonegerichte, een planologische en een netwerkgebaseerde invalshoek (tabel 1.1). Zoals reeds aangegeven kennen we in Vlaanderen in hoofdzaak de planologische invalshoek gebaseerd op de STAGG-scenario’s waarbij een inschatting wordt gemaakt van de toekomstige woon- en zorgbehoeften van ouderen. Vraag is evenwel of de zonale invalshoek en de invalshoek van het netwerkmodel niet het vaakst voorkomt of zal voorkomen in Vlaanderen ondanks de impact van programmatiecijfers. De introductie van ‘woonzorg-netwerken’ in het Woonzorgdecreet wijst alvast in deze richting.

**Tabel 1.1** Drie invalshoeken bij de inrichting van een woonservicegebied

Zonaal	Planologisch/STAGG	Netwerkmodel
Een woonservicegebied met een zonale insteek is georganiseerd rond een zorgcentrum: er omheen staan binnen een straal van 200 tot 300 meter diverse typen wooncomplexen met levensloopbestendige woningen en zorggaranties, te midden van de reguliere woningvoorraad. Zo 'ontploft' het zorgcentrum als het ware over de wijk. Het zorgcentrum fungeert als dienstencentrum voor een groter gebied.	Bij de planologische invalshoek is het woonservicegebied gebaseerd op de STAGG-toekomstscenario's. Het STAGG-scenario ontrafelt het integrale intramurale pakket in drie hoofdgroepen: wonen, zorg en welzijn. Binnen deze indeling onderscheidt STAGG functies die worden gehaald door de gebruiker, functies die worden gebracht door de aanbieder en functies die intern worden geleverd. Op basis van deze analyse kan wonen, zorg en welzijn voor elke wijk in beeld worden gebracht.	Sommige gebieden kiezen een netwerkbenadering als invalshoek: het aanwezige aanbod van zorg- en welzijnsdiensten wordt daar verbonden tot een samenwerkend netwerk, ontsloten door een coördinerende functionaris. In dit model staan de fysieke ontwikkeling en clustering van woonzorgvoorzieningen minder centraal.

BRON SEV, 2012; de Kam, 2012.

Het theoretisch concept vereist voor de praktische invulling ervan evenwel enkele voorwaarden. Zo zullen we voor de praktische invulling steeds spreken van een woonzorgservicegebied, geïnspireerd op het begrippenkader gehanteerd in het Woonzorgdecreet (bv. spreekt men van woonzorg, woonzorgcentrum). Maar wij wensen hierdoor ook de sterke link met ZORG in het zorggebeuren te beklemtonen. Daarnaast lijst SEV (2012) enkele nuttige voorwaarden, aanbevelingen op inzake de concrete invulling:

- Het concept woonservicegebied vereist de aanwezigheid van een 'gebiedsgericht samenwerkingsverband'<sup>6</sup> tussen aanbieders van wonen, zorg en welzijn, bij voorkeur onder regie van de gemeente;
- De plaats van de algemene ontmoetingsfunctie ligt best niet in een woonzorgcentrum. Dit zou niet werken omdat mensen elkaar niet willen ontmoeten op een te sterk met zorg geassocieerde plaats;<sup>7</sup>
- Voor een woonservicegebied zijn de nachtzorg en de 24-uurszorg op afroep de meest kwetsbare elementen. Deze functies staan in de thuiszorg bekend als 'onrendabele lijnen' en worden in een concurrerende markt niet aangeboden of niet waargemaakt.<sup>8</sup> Een samenwerkend gebiedsgericht consortium van aanbieders zou meer kans geven op een draagvlak voor 24-uurszorg en nachtopvang.<sup>9</sup>

<sup>6</sup> Op zich vormt dit ook het uitgangspunt bij de definitie van een woonzorgnetwerk zoals gedefinieerd in het Woonzorgdecreet.

<sup>7</sup> De plaats van de algemene ontmoetingsplaats werd ook bevraagd in de elektronische bevraging. Het is op zich voor de hand liggend dat het dienstencentrum de ontmoetingsfunctie zou faciliteren.

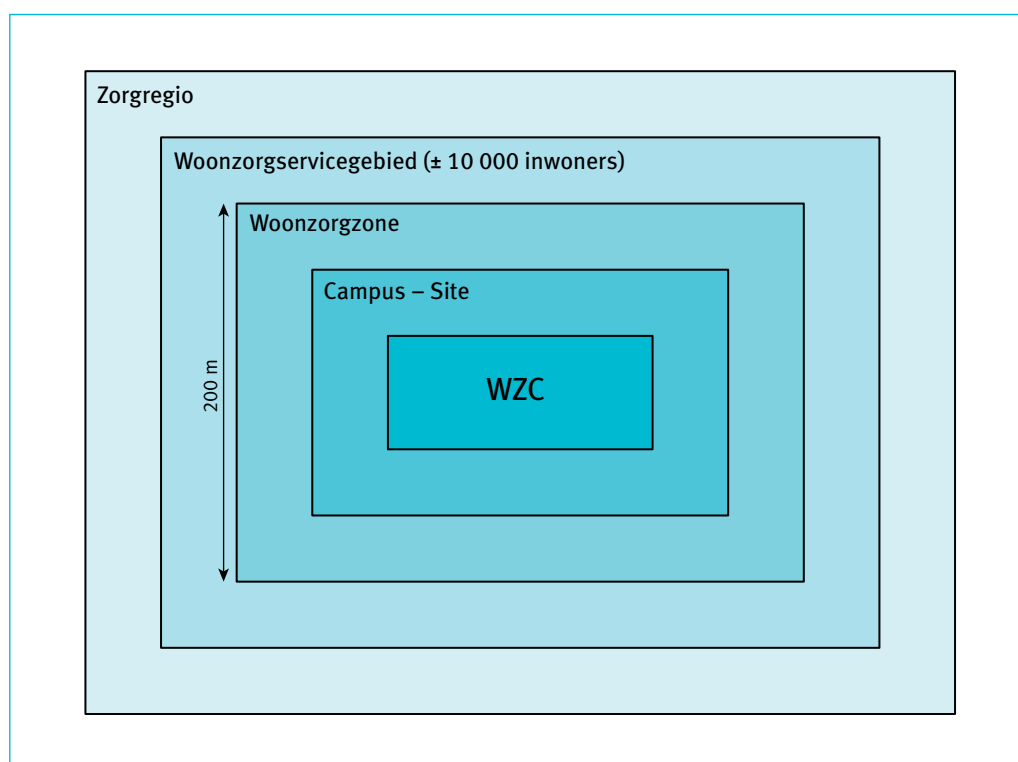
<sup>8</sup> Verschilt de beschreven situatie in Nederland van deze in Vlaanderen? Indien dit niet het geval is zijn dit belangrijke leemten maar tegelijk ook opportuniteiten. 24-uurszorg op afroep kan ook betekenen dat er op een flexibele manier hulp wordt geboden voor dagdagelijkse problemen zonder dat het hier moet gaan om een crisissituatie. Dit ook voor activiteiten die slechts weinig tijd in beslag nemen (bv. hulp in huis, arm geven bij verplaatsen buiten woning, vervoer korte afstand,...).

<sup>9</sup> Hierbij kan de link gelegd worden gelegd worden met een 'zorgcoöperatie'. Zie bespreking in hoofdstuk 6 en Gijssels (2013).

In 2009 werd in Nederland gestart met tien zogenaamde proeftuinen van woonservicegebieden. De effecten van deze woonzorgservicegebieden zijn in het najaar van 2012 gepubliceerd op basis van kwalitatief en kwantitatief onderzoek (de Kam e.a., 2012).<sup>10</sup> Rond 4 specifieke thema's werd er gerapporteerd, met name zelfstandig wonen, gezondheid en welbevinden, informele en professionele zorg en ten slotte doelmatigheid. Algemene vaststelling is dat woonservicegebieden allemaal verschillend worden ingevuld waardoor de effecten ook verschillen. Tegelijk werd er een positieve invloed vastgesteld op het niveau van langer zelfstandig wonen. Maar is dat laatste niet het voornaamste objectief?

Er dient een vertaling van deze concepten te gebeuren naar de realiteit in Vlaanderen. In onderstaand schema (figuur 1.2) worden de belangrijkste begrippen visueel weergegeven. Aangezien de onderzoeksopdracht sterk gedefinieerd werd vanuit de woonzorgcentra, wordt het WZC als middelpunt genomen. Dit middelpunt kan ook een dienstencentrum, een wijkgezondheidscentrum, een dagverzorgingscentrum, een sociaal huis zijn. Bij het invullen van het elektronisch werkboek (zie Excel-toepassing en hoofdstuk 6) kan ook gekozen worden vanuit welke dienst/voorziening er vertrokken wordt bij de uitbreiding van de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied.

**Figuur 1.2** Afbakening begrippen: zorgregio, woonzorgservicegebied, woonzorgzone, campus – site, woonzorgcentrum



**BRON** Eigen figuur

<sup>10</sup> In deze handleiding is dit voor de experimenten 'woonzorgnetwerken' in beperkte mate herhaald (zie volgende hoofdstukken).

## 1.1.2 Het woonzorgnetwerk

Het begrip ‘woonzorgnetwerk’ wordt geïntroduceerd in het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009. Evenwel is het tot op vandaag wachten op een uitvoeringsbesluit, waardoor het concept ‘woonzorgnetwerk’ nog niet in werking is getreden.

Art. 44 van het Woonzorgdecreet definieert in de eerste paragraaf het ‘woonzorgnetwerk’ als:

“Een woonzorgnetwerk is een buurtgericht functioneel samenwerkingsverband waarin de in de buurt actieve erkende voorzieningen uitgenodigd worden tot participatie en waarin naast een huisarts of huisartsenkring, minstens de volgende voorzieningen effectief participeren:

- een erkend woonzorgcentrum;
- een erkend centrum voor kortverblijf;
- een erkende groep van assistentiewoningen;
- een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg of een andere erkende thuiszorgvoorziening die zorg aan huis levert.”

De tweede paragraaf van art. 44 gaat in op de opdracht van het woonzorgnetwerk. Met name, “een woonzorgnetwerk heeft als opdracht om de ouderenzorg te optimaliseren door middel van samenwerking en afstemming tussen de leden van het woonzorgnetwerk.”

Daarnaast somt art. 45 van het Woonzorgdecreet de taken op die door het woonzorgnetwerk dienen verricht te worden.

“De Vlaamse Regering bepaalt welke taken een erkend woonzorgnetwerk moet verrichten om zijn opdracht uit te voeren. In elk geval moet een woonzorgnetwerk ten minste:

- afspraken maken tussen tenminste de verschillende leden van het woonzorgnetwerk met het oog op doelmatigheid;
- een gezamenlijk aanbod van ouderenzorg organiseren;
- de toegang tot de ouderenzorg faciliteren met behulp van één aanmelding;
- acute zorgvragen beantwoorden;
- ervoor zorgen dat de leden van het woonzorgnetwerk in onderling overleg en in voorkomend geval gezamenlijk personeel en expertise inzetten;
- ervoor zorgen dat de leden van het woonzorgnetwerk onder elkaar de informatie uitwisselen die noodzakelijk is voor het verlenen van ouderenzorg aan elke gebruiker in het werkgebied van het woonzorgnetwerk.”

De memorie van toelichting bij het ontwerp van het Woonzorgdecreet (Vlaams Parlement, 2008) geeft een meer gedetailleerde toelichting/interpretatie van wat onder een woonzorgnetwerk kan verstaan worden. Zo wordt gesteld dat “het creëren van het woonzorgnetwerk als een functioneel samenwerkingsverband tussen voorzieningen in de thuiszorg en de ouderenzorg als doel heeft om zorgcontinuïteit in het zorgtraject te bewerkstelligen en grenzen tussen voorzieningen in de thuiszorg en de ouderenzorg uit te vlakken” (Ibid., p. 6). De samenwerking dient te leiden tot “het aanbieden van meer zorg op maat, blinde vlekken in het zorglandschap wegwerken en efficiëntie in de werking realiseren” (Ibid., p. 55). Het is eigenlijk op zich het uitwerken van een woonzorgzone of een woonzorgservicegebied.

Tegelijk wordt de link gelegd met de huidige SEL's (Samenwerkingsinitiatieven in de eerstelijnszorg) door te stellen dat wat nu reeds gebeurt op regionaal niveau binnen de SEL's,

op lokaal niveau (woonwijk, (deel)gemeente,...) ontwikkeld zou moeten worden via een woonzorgnetwerk (Ibid., p. 55). Het dient evenwel het overleg in de SEL's te overstijgen. Het is "het samen organiseren en aanbieden van zorg op maat".

Het netwerk moet ook niet alle zorgactoren uit de buurt omvatten. Men lijnt enkel drie 'partners' af: "thuisvervangende zorg, thuiszorgondersteunde zorg en thuiszorg". Toch zou er moeten gestreefd worden naar het samenbrengen van zoveel mogelijk zorgactoren, waarbij in de memorie van toelichting wordt gesteld dat 50% van de aanwezige zorgaanbieders in het werkgebied van het woonzorgnetwerk zouden moeten worden uitgenodigd tot participatie in het woonzorgnetwerk (Ibid., p. 56).<sup>11</sup>

De doelstelling van de samenwerking via een woonzorgnetwerk zou zijn: "door samenwerking en afstemming bijkomende mogelijkheden scheppen om de individuele oudere een zorgpakket op maat te bieden dat elke partner autonoom binnen de eigen mogelijkheden hetzij helemaal niet, hetzij minder eenvoudig of minder efficiënt zou kunnen aanbieden" (Ibid., p. 55). Hierbij zullen de zorgactoren (een deel van) hun aanbod gezamenlijk organiseren, waarbij het woonzorgnetwerk niet in de plaats wenst te komen van de reguliere aanbieders van de thuis- en residentiële zorg maar eerder de samenwerking beoogt te regelen.

De samenwerking zou in de eerste plaats de mogelijkheden van de thuiszorg en de mantelzorg moeten aanwenden om vervolgens, wanneer de grenzen van de thuiszorg bereikt zijn, op zoek te gaan naar de gepaste oplossingen.

Zowel voor de gebruiker als voor de zorgaanbieder dient het woonzorgnetwerk een aantal voordelen te creëren.

**Tabel 1.2** Mogelijke voordelen van een woonzorgnetwerk voor de gebruiker en de aanbieder

Gebruiker	Aanbieder
Eén aanmelding	Verzekeren van zorgcontinuïteit aan de gebruikers
Zorgcoördinatie	Deelname aan het zorgtraject
Zorgcontinuïteit	Vergoeding via deelname GDT
Zorg op maat	

**BRON** Vlaamse Parlement, 2008

In de memorie van toelichting bij het ontwerp van het Woonzorgdecreet worden ook een aantal voorbeelden gegeven hoe de output van het woonzorgnetwerk kan gemeten worden (Ibid., p. 57):

- tijdspanne waarbinnen een aanvraag voor de opvang in een centrum voor kort-verblijf of een dagverzorgingscentrum effectief resulteert in een opname;
- het aantal bewoners van het woonzorgcentrum dat het lokale dienstencentrum in zijn werking betreft;
- de activiteiten die een lokaal dienstencentrum in het woonzorgcentrum organiseert;
- de maximale periode waarin gezinszorg kan onderbroken zijn;

<sup>11</sup> Onze bevraging van de aanbieders in de hiernavolgende hoofdstukken 3 en 5 kan een eerste aanzet zijn tot het verifiëren van deze 50%

- de snelheid waarin het woonzorgnetwerk aan een thuiswonende, zorgbehoevende oudere een (tijdelijk) alternatief realiseert, wanneer één of meerder partners die zorg aan huis leveren tijdelijk in de onmogelijkheid verkeren om de zorg te continueren.

Dit zijn mogelijke outputindicatoren die de werking van een woonzorgnetwerk kunnen evalueren.



Uit de besprekingen van het ontwerp van het Woonzorgdecreet in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2009b) blijkt dat de betrokken actoren een aantal kritische bemerkingen hadden bij de introductie van het begrip ‘woonzorgnetwerk’ in het Woonzorgdecreet. Vooreerst kwam het gebrek aan een link met de geriatrie en de lokale besturen<sup>12</sup> aan bod bij het definiëren van het woonzorgnetwerk. Daarnaast werd opgemerkt dat niet alle voorzieningen die in het woonzorgnetwerk dienen te participeren, ook effectief aanwezig zijn in een desbetreffende buurt. Ten slotte werd door de meeste zorgactoren ervoor gepleit om alle diensten/voorzieningen de mogelijkheid te geven om te participeren in een woonzorgnetwerk, of hen tenminste de keuze te laten.

Op basis van de elektronische bevraging die door het HIVA bij alle woonzorgcentra in Oost-Vlaanderen werd georganiseerd, zal in hoofdstuk 3 blijken dat alvast veel van deze bemerkingen pertinent zijn. Zo blijkt een sterke betrokkenheid van de geriatrie in de samenwerkingsverbanden met de woonzorgcentra. Daarnaast werd op basis van de focusgroepen ook vastgesteld dat waar zogenaamde woonzorgzones werden geïntroduceerd, sterk wordt samengewerkt met het lokale bestuur.<sup>13</sup> Een groot aantal van de voorzieningen die dienen aanwezig te zijn in een woonzorgnetwerk, komen dan weer vaak niet of beperkt voor in de samenwerkingsverbanden die door de woonzorgcentra werden opgesteld.

Het woonzorgnetwerk faciliteert de uitbouw, de organisatie van het aanbod in een woonzorgzone of een woonzorgservicegebied. In die zin ontstaat een sterke link tussen begrippen. We zullen in de verdere bespreking duidelijk vaststellen dat woonzorgnetwerken/samenwerkingsverbanden in belangrijke mate een uitwerking zijn van aspecten die binnen de concepten ‘woonzorgzone’ en ‘woonzorgservicegebied’ geïntroduceerd zijn. De uitgewerkte handleiding en het elektronisch werkboek streven hier ook naar.

<sup>12</sup> Evenwel werd door de VVSG een handleiding uitgegeven onder de naam ‘Naar een woonzorgnetwerk, stap voor stap. Een aantal praktische wenken’ (2011).

<sup>13</sup> De lokale besturen moeten zich hierbij bezinnen over het feit of zij hierin een rol zien in een ‘regie’-functie of als dienstverlener of als beide.



## experimenten woonzorg- netwerken: Ledeberg, Grembergen en Zaffelare

### 2.1 Situering

Door de Provincie Oost-Vlaanderen werden 3 experimenten ‘woonzorgnetwerken’ geselecteerd die gedurende 3 jaar (2009 t.e.m. 2011) een provinciale werkingssubsidie hebben ontvangen. Hierbij wenste men “te anticiperen op het nieuwe Vlaamse woonzorgbeleid en het beogen van een betere afstemming tussen wonen en zorg, zodat ouderen zo lang mogelijk kunnen wonen en verzorgd worden in de door hen gewenste en aangepaste omgeving”. Het is net dat wat men bij de uitbouw van een woonzorgservicegebied voor ogen heeft. Er werden bewust drie verschillende milieus bepaald: met name een stedelijke omgeving (Ledeberg), een middengebied (Grembergen) en een landelijke omgeving (Zaffelare). De betrokken actoren waren het WZC Sint-Vincentius voor Zaffelare; het WZC Sint-Antonius voor Grembergen en het OCMW Gent voor Ledeberg.

Verschillende stappen werden in die drie jaar gezet vanuit de experimenten om bepaalde facetten van een woonzorgzone (wij prefereren de term ‘woonzorgservicegebied’) te introduceren en dit te realiseren via de oprichting van een woonzorgnetwerk. Op een aantal facetten is uitgebreid ingegaan in de eindrapportage opgeleverd door de drie experimenten (2012). Het gaat hier om de creatie van een lokaal informatiepunt, 24-uurszorg, brengen haalfuncties, aangepast wonen, mobilisatie van vrijwilligers, samenwerking, mobiliteit/toegankelijkheid, zelfredzaamheid. Het zijn belangrijke elementen bij de constructie van een woonzorgservicegebied. De ervaringen en bevindingen desbetreffend zijn gebundeld in de eindrapportage. Wij gaan kort in op de gezette stappen en de realisaties. De zogenaamde knelpunten, successen en aandachtspunten hebben wij mee opgenomen in deze handleiding. Zij vormen immers de ervaringen uit de eerste introductie van begrippen als woonzorgzones en woonzorgnetwerken. Daarnaast werd binnen het onderzoeksproject een aantal nieuwe opdrachten aan de experimenten voorgesteld door het HIVA. Doelstelling was dat zij in het najaar 2012 focusten op leemten die uit de eindrapportage van de experimenten waren gebleken en konden aantonen dat hierin een merkbare verbetering op korte termijn kon worden gerealiseerd.



## 2.2. Genomen stappen 2009 – 2011



Vooreerst wordt een korte omschrijving gegeven van de stappen die gezet werden in de drie experimenten. Een meer gedetailleerde bespreking wordt gegeven in punt 2.3 bij de focus op de eindrapportering en de continuering van de ondernomen stappen.

### 2.2.1 Ledeberg

Over de bestudeerde periode zijn er binnen Ledeberg een aantal initiatieven genomen om tot de uitbouw van een woonzorgzone<sup>14</sup> te komen. Zo startte onder meer midden 2009 het woonzorgloket 'WoonZorg'. Het OCMW Gent nam zowel een maatschappelijk consulent als een ergotherapeut in dienst. Onder meer werden er systematisch preventieve en gerichte huisbezoeken afgelegd door de maatschappelijk consulent en de ergotherapeut. Daarnaast werd er een telefoonster<sup>15</sup> uitgebouwd om telefonisch contact te houden met inwoners. Ook kwam het PASwzz tot stand, een personenalarmsysteem waarbij niet langer 3 mantelzorgers nodig zijn.

### 2.2.2 Zaffelare

Stappen zijn ondernomen om tot de uitbouw van een lokaal informatiepunt te komen. In 2010 startte het buurtrestaurant 't Vaardeke. Ook maken verscheidene verenigingen/organisaties op regelmatige basis gebruik van de voorzieningen van het WZC.

### 2.2.3 Grembergen

In april 2009 werd het centraal meld- en informatiepunt 'De Brug' geopend. Hier kan men terecht voor allerlei informatie en activiteiten. Eveneens werd in dat jaar een voetgangerspad 't klusterpad' uitgestippeld. In 2010 werd het Zorgprotocol 3-project 'SOM+' opgestart met als streefdoel de thuiswonende hulpbehoevende senioren extra zorg op maat te bieden en de opname in een WZC uit te stellen. Ten slotte werd in mei 2012 met de bouw van 63 aanleunwoningen gestart.

## 2.3 Eindrapportering en continuering

Uit de eindrapportering zal een groot realisme van de opgestarte projecten blijken, vaak vanuit de gedachte van wat opgestart wordt met subsidies ook later verder gezet dient te worden met eigen middelen. Het is een voorzichtigheidsprincipe dat zonder garantie op toekomstige financiële ondersteuning te begrijpen valt.

---

<sup>14</sup> In Ledeberg wordt steeds over een woonzorgzone gesproken. Het is echter te interpreteren als een 'woonzorgservicegebied'.

<sup>15</sup> In het kader van eenzaamheidspreventie worden op een afgesproken tijdstip ouderen opgebeld door een medewerker.



## 2.3.1 Ledeberg

### 2.3.1.1 Eindrapportering, continuering en financiering

De werking van de Woonzorgzone Ledeberg zal ook in de toekomst verder gezet worden. Zo zal er een 'welzijnsknoop' gebouwd worden, waarbij in één gebouw volgende diensten gelokaliseerd zullen worden: welzijnsbureau OCMW Gent, lokaal dienstencentrum OCMW Gent, dienst Wonen Stad Gent, buurtcentrum Stad Gent, Kind en Gezin consultatieruimte, en ten slotte een sociaal restaurant (OCMW Gent). De huidige werking van de woonzorgzone zal volledig overgenomen worden door het lokaal dienstencentrum (LDC), dat in de welzijnsknoop zal ondergebracht worden. Bovendien zullen extra taken opgenomen worden, zodat er een volwaardig LDC wordt uitgebouwd. Het samenbrengen van de diensten onder één dak moet ook de samenwerking bevorderen. Een aantal ideeën van de woonzorgzone zullen ook door de andere LDC in Gent overgenomen worden. Het gaat hier meer specifiek om het introduceren van woonzorgloketten (ook in buurten waar geen LDC aanwezig zijn) en om het buurtgericht samenwerken.

Het OCMW Gent draagt de volledige kost van het lokaal dienstencentrum, zowel voor de infrastructuur als voor het personeel. Bij de erkenning als LDC kan er wel een subsidie bekomen worden van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid. Er zullen 7,5 VTE's tewerkgesteld worden.

De uitbouw van een welzijnsknooppunt is een mooi voorbeeld hoe een aspect binnen de begrippen woonzorgzones en woonzorgservicegebieden in de praktijk gerealiseerd kan worden. Het is het combineren van een zorgkruispunt met een coördinatiepunt en een activiteitencentrum.

### 2.3.1.2 Mogelijke toekomstige initiatieven

Een aantal initiatieven werden tussen 2009 en 2012 ingepland maar konden nog niet gerealiseerd worden. Een aantal van deze initiatieven worden in de (nabije) toekomst ingepland:

- Een project met 20 sociale assistentiewoningen voor senioren zal door de sociale huisvestingsmaatschappij 'WoninGent' gerealiseerd worden met ondersteuning vanuit het lokaal dienstencentrum en de welzijnsknoop;
- Opzetten van een vrijwilligerspool zal door het lokaal dienstencentrum gebeuren. In de woonzorgzone zijn hiertoe pogingen gedaan, maar het resultaat was beperkt;
- het aanleggen van een verkeersveilige loopcirkel werd tot op heden nog niet gerealiseerd. Dit zal ook voor de toekomst zijn, indien de Stad Gent dit ook prioritair wil opnemen.

Het zijn stappen die verder gezet kunnen worden bij het realiseren van een buurtgerichte focus op zorg, welzijn en wonen.

## 2.3.2 Zaffelare

### 2.3.2.1 Eindrapportering, continuering en financiering

Ondanks de stappen die ondernomen zijn om tot de uitbouw van een lokaal informatiepunt te komen, zijn er geen partners bereid gevonden om dit te faciliteren. Wat betreft de projecten die zelfstandig en 'kosteloos' doorlopen, zal er een continuering plaatsvinden.

Het gaat in hoofdzaak om de vergadermomenten/activiteiten georganiseerd door verschillende verenigingen in het woonzorgcentrum. Ook de projecten die een inbreng vragen van het personeel maar die wel als nuttig aanzien worden, worden verder gezet. Hierbij gaat het voornamelijk om de multimediahoeke en het buurtrestaurant. In hoofdzaak voor de financiering van het buurtrestaurant ondervindt/verwacht men wel moeilijkheden.

Vanuit deze niet gerealiseerde inspanning om een informatiepunt op te starten, werd geconcludeerd dat de ondersteuning door de gemeente of een plaatselijk OCMW wenselijk is. Het is ook wat we regelmatig vaststellen in de praktijk.<sup>16</sup>

### 2.3.2.2 Mogelijke toekomstige initiatieven

Een werk van lange adem is vooral de historische wandelroute die een meerwaarde zou zijn voor zowel de gemeente als het woonzorgcentrum.

## 2.3.3 Grembergen

### 2.3.3.1 Eindrapportering, continuering en financiering

Wat de werking van het centraal meld- en informatiepunt 'De Brug' betreft is men tevreden. Sommige zaken zijn moeilijker van start geraakt dan andere, maar na drie jaar werking is het resultaat positief te noemen. Samenwerkingen werden bestendig<sup>17</sup> en werkgroepen en initiatieven breiden zich verder uit of worden zelfdragend, zodat personeelsleden van 'De Brug' niet steeds meer aanwezig hoeven te zijn of, indien nodig, vlug op vragen kunnen inspelen. Bovendien raakt dit initiatief steeds verder bekend in Grembergen en omgeving en geeft dit een goede naam aan het woonzorgcentrum. De 'psychologische' afstand naar het woonzorgcentrum wordt ook kleiner.

Daarnaast is het aantal vrijwilligers toegenomen die hun eigen weg en rol hebben gevonden in de werking van 'De Brug'. Men tracht ook vrijwilligers regelmatig positief te benaderen en de appreciatie voor het vrijwilligerswerk uit te drukken.

De algemene dienstverlening en initiatieven die vanuit 'De Brug' plaatsvinden zijn verlieslatend. Echter wil men deze initiatieven niet loslaten omdat deze een meerwaarde betekenen voor de Grembergse bevolking. Men vindt het belangrijk oudere bewoners uit hun isolement te halen en daarom tracht men waardevolle activiteiten te organiseren. Jaarlijks zal er een evaluatie gemaakt worden. Zolang het initiatief gedragen kan worden met behulp van financiering vanuit het woonzorgcentrum zal men niet nalaten zich in te zetten voor de bewoners van Grembergen en dichte omgeving en blijvend op zoek te gaan naar nieuwe dienstverlening en activiteiten. Ook zal er opgevolgd worden welke initiatieven gesubsidieerd kunnen worden.

---

<sup>16</sup> O.a. kan het OCMW zowel thuiszorg als ouderenzorg faciliteren. De aanwezigheid van beide componenten binnen één en dezelfde organisatie creëert daarom enorme mogelijkheden tot intensere samenwerking.

<sup>17</sup> Uit de focusgroep in Grembergen bleek ook dat bepaalde voorzieningen/diensten die momenteel niet aanwezig zijn in het meld- en informatiepunt interesse vertonen om hierin toe te treden.

### 2.3.3.2 Mogelijke toekomstige initiatieven

Toekomstgericht voorziet men een uitbreiding van het woonzorgproject. De genomen en geslaagde initiatieven blijven behouden of worden aangevuld, temeer door de groei en uitbreiding van andere projecten (SOM+ project) die een duidelijke meerwaarde betekenen. Onlangs is men ingestapt in een bijkomend project, namelijk CADO (Collectieve Autonome DagOpvang). In samenwerking met Familiehulp zal getracht worden dagopvang in Grembergen te realiseren, niet enkel voor mensen uit de omgeving van Grembergen, maar ook voor bewoners van Hamme en groot-Dendermonde. Hierbij staat een verzorgende van Familiehulp in voor de opvang.

Eind 2013 zal het project geëvalueerd worden en gekeken worden of aanpassingen/uitbreidingen wenselijk zijn. Groot verschil tussen CADO en de huidige dagverzorgingscentra is dat de huidige dagverzorgingscentra verbonden zijn aan een woonzorgcentrum. Bij CADO is dit niet langer verplicht, waardoor opvang kan worden voorzien in alleenstaande dagverzorgingscentra (bv. in een huis). Zo beperkt men onder meer de administratieve en wettelijke verplichtingen. Hierdoor kunnen ook de erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, eventueel in samenwerking met andere partners, voortaan een dergelijk dagverzorgingscentrum uitbaten.<sup>18</sup>



Tevens komt het bouwen van de 63 zorgflats tegen eind 2014 ook verder op gang. De rol van 'De Brug' mag hier zeker niet onderschat worden. Zij zal dienen als eerste aanspreekpunt voor de bewoners van de zorgflats. Van hieruit zal 's ochtends een 'goedemorgen'-toer uitgaan om te kijken of er problemen zijn met mensen die in de zorgflats wonen. Daarnaast zal ook een personenalarm-systeem voorzien worden zodat de bewoners met een gerust gevoel daar kunnen wonen en kunnen terugvallen op verpleegkundige hulp indien dit noodzakelijk is. Via een systeem van spraak/terugspraak zal getracht worden de problemen van de bewoners op te vangen. Tevens zal hierbij samengewerkt worden met de thuiszorgdiensten waarmee de bewoners reeds een samenwerking hadden. Hiervoor zal getracht worden een

overeenkomst op te stellen waarbij de bewoner zelf kan kiezen of hij/zij van het aanbod aan diensten gebruik wenst te maken of niet. Een aangepaste vergoeding zal hiervoor gevraagd worden. Daarnaast kunnen deze bewoners genieten van een aantal facultatieve diensten of activiteiten van het woonzorgcentrum. Hierbij wordt gedacht aan het gebruik van de kinéruimte, de kapper, het nemen van een bad met aangepaste vorm, betalende en vrije activiteiten en het nuttigen van de maaltijden in het seniorenrestaurant. Naargelang de evolutie van dit project zal bijkomend personeel ingezet worden, gefinancierd met eigen middelen. Later, na de realisatie van de zorgflats, zal een verbindingsgang gecreëerd worden zodat bewoners en personeel op een veilige manier van het ene gebouw naar het andere kunnen wandelen, wat de bereikbaarheid ten goede komt.

---

<sup>18</sup> <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Nieuws/Vlaanderen-gaat-naar-meer-dagverzorgingscentra/>

## 2.4 Opdrachten gedefinieerd in het kader van onderzoek

Binnen het onderzoeksproject werden een aantal nieuwe opdrachten aan de experimenten voorgesteld. Doelstelling was dat zij in het najaar 2012 focusten op leemten die uit de eindrapportage van de experimenten waren gebleken. Het zou kunnen aantonen dat bepaalde leemten via het netwerk dat sinds drie jaar functioneert op een snelle en merkbare manier kunnen ingevuld en uitgerold worden. Maar tegelijk zal het wellicht ook aantonen hoe ‘moeilijk’ het is om iets bijkomend te definiëren en tot ontwikkeling te brengen. Dat zal ook de uitdaging zijn van de creatie van netwerken en woonzorgzones. De experimenten konden zich richten op 4 opdrachten: vervoer, PAS, woningaanpassing en buurtbetrokkenheid.

### 2.4.1 Ledeberg

#### 2.4.1.1 Omschrijving

Ledeberg besliste om zich te focussen op woningaanpassing en het PASwzz-systeem. Voor eerst wenste men het PASwzz bekender te maken in de buurt en het aantal aansluitingen te verhogen met 50%. Onder meer via de preventieve en gerichte huisbezoeken, het gericht aanspreken van buurtbewoners, promotie (flyers, affiches, artikels, activiteiten, nieuwe media) trachtte men dit te realiseren. Daarnaast werd er gefocust op woningaanpassingen door ergo aan huis meer bekend te maken en hierdoor tegelijk ook meer cliënten te helpen. De promotie voor woningaanpassing, valpreventie, hulpmiddelen, werd meegenomen bij de promotie voor het PASwzz.

#### 2.4.1.2 Resultaten

Voor ergo aan huis werd er gestreefd naar 14 nieuwe hulpvragen: 8 vragen rond hulpmiddelen, 1 vraag rond valpreventie en 5 vragen rond woningaanpassing. Er kwamen 7 nieuwe cliënten voor ergotherapeutische dienstverlening aan huis bij, doch cliënten konden meerdere hulpvragen hebben of er kon advies gegeven worden rond meerdere zaken ook al was hier initieel geen hulpvraag. Er werd 8 keer advies gegeven rond hulpmiddelen, 3 keer advies gegeven rond valpreventie, 1 keer advies gegeven rond woningaanpassing

Voor het PASwzz werd er gestreefd naar 7 nieuwe aanvragen (van 14 naar 21 gebruikers). Oorspronkelijk waren er 5 nieuwe gebruikers voor het PASwzz, echter op 31 december 2012 waren dit er nog 4 wegens 1 overstap van het PASwzz naar het reguliere PAS-systeem.

#### 2.4.1.3 Ervaringen

Men kon aan het project meer bekendheid geven maar dit resulteerde niet noodzakelijk in meer specifieke vragen rond PASwzz en woningaanpassing. In combinatie met de voorstelling van het PASwzz, is ergo aan huis wel duidelijker gepromoot in het kader van valpreventie. De periode waarin de extra promotie plaatsvond was ook te kort om het beoogde resultaat te behalen. Het inschakelen van het netwerk van diensten om mee te helpen bij de promotie en bij het aanbrengen van cliënten, was zeker een must.

## 2.4.2 Zaffelare

### 2.4.2.1 Omschrijving

Zaffelare besliste om zich te focussen op buurtbetrokkenheid en het PAS-systeem. Inzake buurtbetrokkenheid is er getracht de samenwerking tussen organisaties die gebruik maken van de voorzieningen van het WZC te verhogen. Ook de betrokkenheid van de bezoekers en de familieleden wenste men te versterken. Personen die hulp aan huis krijgen trachtte men te motiveren om deel te nemen aan de activiteiten in het WZC. Er werd een 'papieren' activiteitenkoffer opgesteld. Ziekenfondsen, mantelzorgers, familieleden werden hierover geïnformeerd. Daarnaast wenste men het PAS-systeem bekender te maken bij de bevolking zodat er een verhoging van aansluiting kon worden gerealiseerd. Dit via de bekendmaking ervan bij verenigingen en media.

### 2.4.2.2 Resultaten

Er wordt een grotere betrokkenheid gepercipieerd tussen de buurt en het woonzorgcentrum. Wat het PAS -systeem betreft, zijn er 37 inwoners die hier gebruik van maken. Ziekfondsen investeren alvast heel wat tijd in het bekend maken ervan. Tijdens de voorstellingen (bij OKRA, Ziekenzorg,...) werd vastgesteld dat dit oproepsysteem wel degelijk gekend is.

### 2.4.2.3 Ervaringen

Door het dorpskarakter is er al een eerste basis aanwezig tussen het WZC en de inwoners van Zaffelare, er komen namelijk heel wat bewoners en personeelsleden uit het dorp. Toch waren er wat impulsen nodig om het geheel coherenter te maken. Er zal altijd een blijvende aandacht/tijdsinvestering nodig zijn om te maken dat het WZC verbonden blijft met de buurt.

Wat het PAS-systeem betreft, is er reeds veel energie gestopt in de bekendmaking ervan. Vooral de inzet van de ziekenfondsen dient daarbij onderstreept te worden als partner in de zorgverlening.

## 2.4.3 Grembergen

### 2.4.3.1 Omschrijving

Grembergen besliste om te focussen op buurtbetrokkenheid en woningaanpassing. Inzake buurtbetrokkenheid werd er geopteerd om huisbezoeken te starten bij alleenwonende mannen ouder dan 80 jaar. De personen in kwestie werden eerst telefonisch gecontacteerd zodat indien zij dit toelieten een afspraak kon worden gemaakt. Tijdens het huisbezoek werd onder meer naar de zelfredzaamheid, leefgewoonten, sociale contacten, aanwezigheid mantelzorger gepeild. Ook werd informatie gegeven over de bestaande mogelijkheden inzake zorg- en hulpverlening. Eventueel werd er advies gegeven over woningaanpassing of herinrichting van bepaalde leefruimtes. Waar mogelijk werd er ook reeds een afspraak gemaakt met een bevoegde dienst. Inzake woningaanpassing werden de bezoekers van het Zorgpunt 'De Brug' geïnformeerd over het gebruik van hulpmiddelen en de mogelijkheden van woningaanpassing om de zelfredzaamheid te verhogen. Zo werd tweewekelijks een hulpmiddel in de kijker gezet. Eventueel kon dit hulpmiddel ook uitgetoetst

en aangekocht worden. Eveneens werd in oktober 2012 een infomoment ‘Je huis, een veilige thuis, ook als je een dagje ouder wordt’ georganiseerd.

#### 2.4.3.2 Resultaten

Bij 13 van de 20 personen die in het kader van de huisbezoeken bij alleenstaande mannen ouder dan 80 jaar werden aangeschreven, werd effectief een huisbezoek verricht. Onder meer weigerde 1 persoon een bezoek ondanks het feit dat de familie aangaf dat er hulp nodig is. Voor 3 personen werd de nodige hulp georganiseerd. Sommige personen hadden geen extra hulp nodig of percipieerden dit toch zo. Een groot aantal van de bezochte personen gaf aan toch wat eenzaam te zijn.<sup>19</sup>

Inzake woningaanpassing werd er om de 14 dagen aan de inkom van ‘De Brug’ een nieuw item in de kijker gezet. De bedoeling hiervan was om mensen hulpmiddelen aan te reiken zodat langer thuis wonen vergemakkelijkt wordt. Het gaat hier hoofdzakelijk over kleine zaken, zoals aangepaste lepels of vorken of een antislipmat voor in het bad. De ergotherapeuten konden indien nodig uitleg geven over het artikel dat mensen zich wensten aan te schaffen. Tevens was er een brochure ter beschikking waaruit mensen eventueel bijkomende materialen konden kiezen. Dit initiatief werd gerealiseerd in samenwerking met de CM. Het initiatief zal in de toekomst nog verder uitgebouwd worden.

#### 2.4.3.3 Ervaringen

De personen waarbij op huisbezoek is gegaan vonden dit een zeer fijn initiatief. Men was blij om zijn verhaal eens te kunnen doen, los van het feit of er hulp nodig was of niet. Door het huisbezoek en de persoonlijke kennismaking, wordt de stap om naar ‘De Brug’ of het WZC te komen kleiner. Men weet immers bij wie men zal terechtkomen. Van de personen waarbij op huisbezoek werd gegaan zijn er al een aantal naar ‘De Brug’ gekomen tijdens een activiteit. Op de centrumraad werden deze huisbezoeken geduid. De aanwezigen (die in hun verenigingen ook vaak met senioren in contact komen) vinden de bezoeken

zinnig en geven aan dat ze het nuttig zouden vinden om de bezoeken uit te breiden naar alle 80-plussers, ongeacht geslacht of burgerlijke stand.



De stap om info te vragen aan de ergotherapeuten die aanwezig zijn in ‘De Brug’ is duidelijk kleiner geworden. Daarnaast appreciëren diegenen die info vragen dat er een duidelijke uitleg gegeven wordt. Veel mensen kennen het bestaan van bepaalde zaken niet of weten eigenlijk niet waarvoor het dient of wat het nut is van de hulpmiddelen. Het komt niet zelden voor dat mensen vragen hebben rond een bepaald hulpmiddel maar beter gediend zijn met een ander hulpmiddel dan datgene waarvoor zij gekomen zijn.

---

<sup>19</sup> Het gaat hier natuurlijk om een voorgeselecteerde groep van ‘alleenstaanden’.



## 2.5 Knelpunten, successen, aandachtspunten en ‘good practices’

Ten slotte wensen we in te gaan op de mogelijke knelpunten, aandachtspunten en succesfactoren bij het introduceren van samenwerkingsverbanden en de uitbouw van een woonzorgzone.<sup>20</sup> Op basis van de ondernomen stappen gedurende drie jaar door de experimenten en op basis van de focus op leemten die deze experimenten ervoeren, zijn immers belangrijke ervaringen opgedaan met betrekking tot succesfactoren maar ook valkuilen.<sup>21</sup>

### Voorwaarden:

- Een gedegen analyse van de buurt is noodzakelijk: typografie van de buurt, aanwezige (zorg)voorzieningen, waar bevinden zich hiaten/leemten;
- Gedegen overleg en voldragenheid van project is noodzakelijk;
- Duidelijke formele taakafspraken;
- Regie door één van de partners, aanvaard en ondersteund door andere partners;
- Duidelijke bekendmaking en communicatie: wie zijn de partners, wat is de inhoud van het project, wat is de doelgroep, wie zijn de aanspreekpunten en waar zijn ze gelegen.

### Succesfactoren:

- Aspect in de dagdagelijkse werking van de partner;
- Voldoende middelen aanwezig: subsidiering, inzet personeel;
- Blijvend op zoek gaan naar hiaten/leemten.

### Knelpunten:

- Te grote onderlinge concurrentie ondanks samenwerking;
- Het detecteren van hiaten/leemten staat niet steeds gelijk aan het werkelijk opvullen ervan;
- Plaats waaruit project getrokken wordt;
- Aanwezigheid van vrijwilligers.

### Suggesties:

- *Inzake de éénloketfunctie*: centrale ligging en goede bereikbaarheid is wenselijk. Tegelijk kan de locatie een rol spelen in de aantrekkingskracht ervan. Permanentie kan gewaarborgd worden door de aanwezigheid van verschillende partners.
- *24-uurspermanentie*: kijken hoe permanentie kan gewaarborgd worden. Hierbij zal een goede en snelle informatiedoorstroming noodzakelijk zijn.
- *Breng – en haalfuncties*: duidelijk nood aan oplossingen voor de vervoersproblematiek.
- *Aangepast wonen*: nood aan sensibilisatie rond levensloopbestendig wonen bij bevolking, architecten, bouwpromotoren,... Het inzetten van ergotherapeuten kan hierbij helpen.

---

<sup>20</sup> Op zich zou ook nagegaan kunnen worden in welke mate deze experimenten zich verhouden tot de theoretische concepten. Met name: dekken deze concepten (gedeeltelijk)? Voor welk stuk? Wat komt niet aan bod? Waarom niet?

<sup>21</sup> Hierbij verwijzen we ook naar de eindrapportering door de 3 experimenten (2012).

- *Vrijwilligers*: streven naar permanentie, o.m. door duidelijkheid te creëren in statuut en taakomschrijving.

#### Good practices:

Sinds de opstart van de woonzorgnetwerken in Ledeberg, Zaffelare en Grembergen zijn er een aantal interessante initiatieven genomen die kaders in de uitbouw van een woonzorgservicegebied/woonzorgzone en de samenwerking tussen zorgactoren promoten. Zij realiseren in beperkte of grote mate aspecten die in deze concepten worden voorgesteld.

Het introduceren van meld- en informatiepunten (bv. het voormalige woonzorgloket 'Woon-Zorg'/het toekomstige 'welzijnsknooppunt' in Ledeberg en 'De Brug' in Grembergen) verhoogt de toegankelijkheid tot informatie rond zorg, welzijn en wonen. Het organiseren van een gezamenlijk aanbod, de uitwisseling van informatie, het maken van afspraken tussen de betrokken partners zijn activiteiten die ook opgenomen kunnen worden door een meld- en informatiepunt. Het zijn taken die via een woonzorgnetwerk zouden moeten gerealiseerd worden. De huidige meld- en informatiepunten lijken echter niet altijd zo ver te staan.

Maar niet enkel de fysieke aanwezigheid van een informatiepunt is nuttig. Het preventief organiseren van huisbezoeken bij ouderen (bv. via de maatschappelijk consulent en de ergotherapeut in Ledeberg, via het WZC in Grembergen) zorgt ervoor dat de informatie bij de juiste doelgroep terechtkomt. Het dient onder meer te vermijden dat ouderen door de mazen van het net glijden wat betreft thuiszorg. Deze huisbezoeken verenigen vele doelen, het is met name het detecteren van welzijns-, zorg en woonnoden.<sup>22</sup> De organisatie van deze huisbezoeken kan op verscheidene manieren georganiseerd worden. Hierbij is het van belang dat de volledige doelgroep geconsulteerd wordt en niet enkel geïnteresseerde personen.

De introductie van het PASwzz speelt in op een belangrijke belemmering van het huidige personenalarmsysteem, met name de aanwezigheid van ten minste drie mantelzorgers. De kans is reëel dat in de toekomst meer en meer ouderen onvoldoende mantelzorgers zullen hebben om aanspraak te kunnen maken op het reguliere PAS-systeem. Het inzetten van professionals dient hiertoe aangemoedigd te worden. Om de continuïteit hiervan te bewaken zal samenwerking tussen verschillende thuis- en ouderenvoorzieningen noodzakelijk zijn.

---

<sup>22</sup> Het is het nagaan hoe men langer zelfstandig kan blijven wonen, hoe goede levenskwaliteit gewaarborgd kan worden, hoe men kan vermijden in isolement te geraken. Het zijn allemaal aspecten die in de definitie van het woonzorgservicegebied voorkomen.





## woonzorgcentra in woonzorgnetwerken en woonzorgzones: bevraging woonzorgcentra

### 3.1 Situering

In de ambitie een oplisting te maken van welke initiatieven van woonzorgzones en woonzorgnetwerken er bestaan binnen de Provincie Oost-Vlaanderen en hoe op basis van deze ervaringen een implementatiehandboek kan worden opgesteld voor succesvolle nieuwe initiatieven van woonzorgzones en woonzorgnetwerken, werd eind 2012 een elektronische bevraging georganiseerd bij alle woonzorgcentra in de provincie.

Alle WZC ontvingen een automatisch gegenereerd individuele logincode, wat het invullen van de vragenlijst vergemakkelijkte. Zo kon men immers het invullen onderbreken en nadien terug verderzetten. Vooraf hadden alle WZC reeds de vraag van de Provincie Oost-Vlaanderen ontvangen om hun medewerking te verlenen aan dit onderzoek. Daarnaast werd ook de steun bekomen van de koepelorganisaties van woonzorgcentra (Zorgnet Vlaanderen, DOTzorg, FOS, Ferubel). In totaal werden er ook 3 herinneringen gestuurd naar de verschillende WZC.

De focus van de bevraging lag meer specifiek op de mate dat WZC betrokken zijn in de samenwerkingsverbanden en initiatieven van woonzorgzones en in welke mate wonen, zorg en welzijn op elkaar worden afgestemd in het gebied waarbinnen het WZC zich bevindt. Het doel bestond erin mogelijke 'blinde vlekken' te identificeren op het vlak van woonzorgzones en woonzorgnetwerken. Doordat niet elk woonzorgcentrum de bevraging heeft ingevuld, zijn niet alle zogenaamde 'blinde vlekken' voor elke gemeente/stad in beeld gekomen.<sup>23</sup> De resultaten van de bevraging werden op een geaggregeerd niveau verwerkt,

<sup>23</sup> Voor volgende (deel)gemeenten/steden werd door één of meerder WZC een gedetailleerde beschrijving gegeven van de huidige samenwerkingsverbanden (detail van de 4 'belangrijkste' samenwerkingsverbanden): Aalter, Buggenhout, Dendermonde, Drongen, Eeklo, Erpe, Evergem, Gent, Grembergen, Haaltert, Haasdonk, Herzele, Heusden, Kallo, Lebbeke, Ledeberg, Lokeren, Lovendegem, Meerbeke, Moerbeke, Oostakker, Oudenaarde, Sint-Gillis-Waas, Sint-Laureins, Sint-Niklaas, Stekene, Waasmunster, Wachtebeke, Wetteren, Wichelen, Zaffelare, Zele, Zelzate, Zeveneken, Zottegem.

dit zowel in deze handleiding als in de Excel-toepassing. Door onderstaande resultaten ook te verwerken in een elektronisch werkboek dat bijgevoegd is bij dit rapport, kunnen WZC die de vragenlijst reeds hebben ingevuld zich positioneren t.o.v. de totale responsgroep. Zij kunnen hun individuele data terug opvragen via de dienst Preventie, Hulpverlening en Zorg van de Provincie. Wie de vragenlijst niet beantwoord heeft, kan dit nu vooralsnog doen via het bijgevoegde Excel-werkboek.

## 3.2 Resultaten

Op basis van gegevens van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid weten wij dat begin 2012 er 186 WZC gevestigd waren in Oost-Vlaanderen. Het ging hierbij om 33,9% openbare WZC, 51,6% non-profit WZC en 14,5% commerciële WZC. De responsgroep kan met deze verdeling vergeleken worden. Hieruit blijkt dat de openbare WZC beperkt oververtegenwoordigd zijn in de responsgroep en de non-profit WZC ondervertegenwoordigd zijn. De commerciële WZC bevinden zich ongeveer op hetzelfde niveau.

76 van de 186 aangeschreven WZC hebben de vragenlijst (gedeeltelijk) ingevuld. Dit slaat op een responsgraad van 41%. De gedeeltelijke ingevulde vragenlijsten hebben wij ook mee opgenomen. Vaak werd het invullen van de bevraging beperkt tot de vragen inzake woonzorgnetwerken. De responsgraad omtrent de vragen betreffende de woonzorgzones lag lager.

**Tabel 3.1** Samenstelling responsgroep naar juridisch statuut vergeleken met reële situatie

	Huidige situatie 1/1/2012		Webbevraging	
	Aantal	%	Aantal	%
OCMW	63	33,9%	33	43,4%
VZW	96	51,6%	34	44,7%
Commercieel	27	14,5%	9	11,8%
Totaal	186	100,0%	76	100,0%

**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging, data Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid

### 3.2.1 Aanwezigheid, samenstelling, inhoud en evaluatie van de woonzorgnetwerken

Vooreerst beoogde de elektronische bevraging inzicht te verwerven in de inhoud van de woonzorgnetwerken. In de bevraging werd het woonzorgnetwerk omschreven als: “een woonzorgnetwerk heeft als opdracht om de ouderenzorg te optimaliseren door middel van samenwerking en afstemming tussen de leden van het woonzorgnetwerk”. Zowel formele als informele samenwerkingsverbanden konden opgelijst worden. We spraken in de bevraging ook eerder van samenwerkingsverbanden dan van woonzorgnetwerken, wat immers op basis van het Woonzorgdecreet een strikt omlijnde term is.

#### 3.2.1.1 Aanwezigheid van de woonzorgnetwerken

60,5% van de WZC in Oost-Vlaanderen zegt betrokken te zijn in één of andere vorm van (in)formeel woonzorgnetwerk/samenwerkingsverband met als doel de ouderenzorg te optimaliseren door middel van samenwerking en afstemming tussen de leden. Naar juridisch statuut gaat het om 2/3 van de commerciële en non-profit WZC en de helft van de

openbare WZC die verklaren betrokken te zijn in een samenwerkingsverband. We stellen dus onmiddellijk grote leemten vast inzake samenwerking voor vele WZC.

**Tabel 3.2** Aanwezigheid WZC in een samenwerkingsverband naar juridisch statuut (n=76)

	Ja	Neen
OCMW (n=33)	51,5%	48,5%
VZW (n=34)	67,6%	32,4%
Commercieel (n=9)	66,7%	33,3%
Totaal (n=76)	60,5%	39,5%

**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

De aanwezigheid van een WZC in een specifieke beheersstructuur/groep (groep van WZC's, binnen een VZW,...) kan op zich een vorm van samenwerking betekenen. Het zijn hoofdzakelijk de non-profit WZC die deel uitmaken van een groep. Slechts 1 op 10 openbare WZC geeft aan deel uit te maken van een groep. Op zich is dit verwonderlijk aangezien zij automatisch deel uitmaken van het OCMW dat diverse diensten aanbiedt in verband met welzijn, zorg en wonen.

**Tabel 3.3** Aanwezigheid WZC in beheersinstantie naar juridisch statuut (n=76)

	Ja	Neen
OCMW (n=30)	10,0%	90,0%
VZW (n=32)	54,5%	45,5%
Commercieel (n=9)	22,2%	77,8%
Totaal (n=72)	31,9%	68,1%

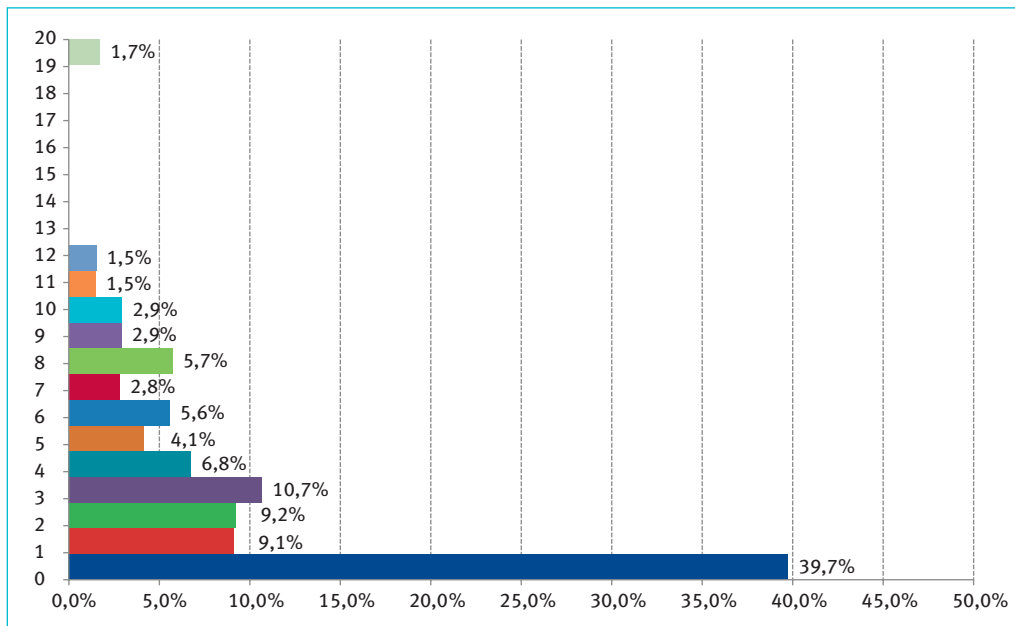
**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

Uit de bevraging blijkt dat 4 op 10 WZC niet betrokken zijn in een woonzorgnetwerk/samenwerkingsverband. Niet minder dan 231 samenwerkingsverbanden werden opgelijst door de 76 WZC, of gemiddeld een 3-tal. We stellen hierbij een ruime spreiding vast van het aantal opgelijste samenwerkingsverbanden door de WZC. Het feit dat ongeveer 40% van de WZC niet betrokken is in een samenwerkingsverband/woonzorgnetwerk is opmerkelijk en ook weinig waarschijnlijk. Zo zijn woonzorgcentra onder meer verplicht om een overeenkomst af te sluiten met een erkende geriatriedienst en/of een erkende dienst voor behandeling en revalidatie bestemd voor patiënten met psychogeriatrische aandoeningen.<sup>24</sup> Op zich kan er dus een onderscheid gemaakt worden tussen de samenwerkingsverbanden die wettelijk opgelegd worden en deze die op vrijwillige basis ontstaan zijn. De formele samenwerking met ziekenhuizen is één van de vaakst opgelijste samenwerkingsverbanden.

<sup>24</sup> Koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletfels. Zie ook Koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten. Met dank aan Jule Vanbleu (Coördinator SEL Zorgregio Gent).

De oorzaak dat niet alle WZC deze samenwerking oplijst ligt mogelijk in de interpretatie van de definitie van een woonzorgnetwerk zoals hierboven gedefinieerd.<sup>25</sup>

**Figuur 3.1** Gemiddeld aantal samenwerkingsverbanden waarin het WZC betrokken is (n=76)



**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

De benaming en/of omschrijving van de woonzorgnetwerken/samenwerkingsverbanden varieert in grote mate. Zo slaat 20% van de geregistreerde samenwerkingsverbanden op een samenwerking met één of meerdere ziekenhuizen.

Tegelijk handelt 11% van de samenwerkingsverbanden over het netwerk palliatieve zorg. Het netwerk palliatieve zorg is een goed voorbeeld hoe samenwerking kan gecreëerd worden tussen verschillende zorgactoren. In Vlaanderen bestaan er 15 netwerken palliatieve zorg waarbij er 4 in Oost-Vlaanderen ondergebracht zijn, met name het netwerk palliatieve zorg Gent-Eeklo, het netwerk palliatieve zorg Zuid-Oost-Vlaanderen, het netwerk palliatieve zorg Waasland en ten slotte het netwerk palliatieve zorg Aalst – Dendermonde – Ninove. Het Besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995<sup>26</sup> en het KB van 19 juni 1997<sup>27</sup> gaan in op de samenstelling en de opdrachten van de netwerken palliatieve zorg. De samenstelling van een palliatief netwerk, met name “een overkoepelend samenwerkingsverband tussen vertegenwoordigers van eerstelijns hulpverleners, organisaties, instellingen, verenigingen en diensten”<sup>28</sup> legt evenzeer de brug tussen residentiële zorg en thuiszorg, net wat ook een woonzorgnetwerk beoogt. Het samenwerkingsverband

<sup>25</sup> Al werd in de definitie voor de vragenlijst niet expliciet verwezen naar de partners die dienen aanwezig te zijn in een woonzorgnetwerk volgens het Woonzorgdecreet. Elke vorm van samenwerking kon op zich opgelijst worden.

<sup>26</sup> Besluit van de Vlaamse regering van 3 mei 1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken.

<sup>27</sup> Koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend.

<sup>28</sup> Art. 1, 2°, Besluit van de Vlaamse regering van 3 mei 1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken.

inzake palliatieve zorg heeft tot doel de ontwikkeling van de volgende activiteiten te bevorderen:<sup>29</sup>

- informatie en bewustmaking van de bevolking;
- het bijwerken van de kennis inzake palliatieve zorg van de artsen, verpleegkundigen en paramedici;
- coördinatie van de diverse acties, met inbegrip van het vastleggen van samenwerkingsprotocollen met het oog op een zo groot mogelijke complementariteit van de instellingen en diensten;
- raadgeving en logistieke steun om de doeltreffendheid van de geboden acties te waarborgen evenals de begeleiding van de patiënten;
- regelmatige evaluatie van de dienstverlening, raming van de behoeften waarin eventueel nog moet worden voorzien, analyse van de verschillende mogelijkheden om daaraan te voldoen;
- de opleiding van vrijwilligerswerk in de palliatieve zorgverlening.

Sommige van deze opdrachten sluiten dicht aan bij de opdrachten die een woonzorgnetwerk volgens het Woonzorgdecreet zou moeten opnemen.



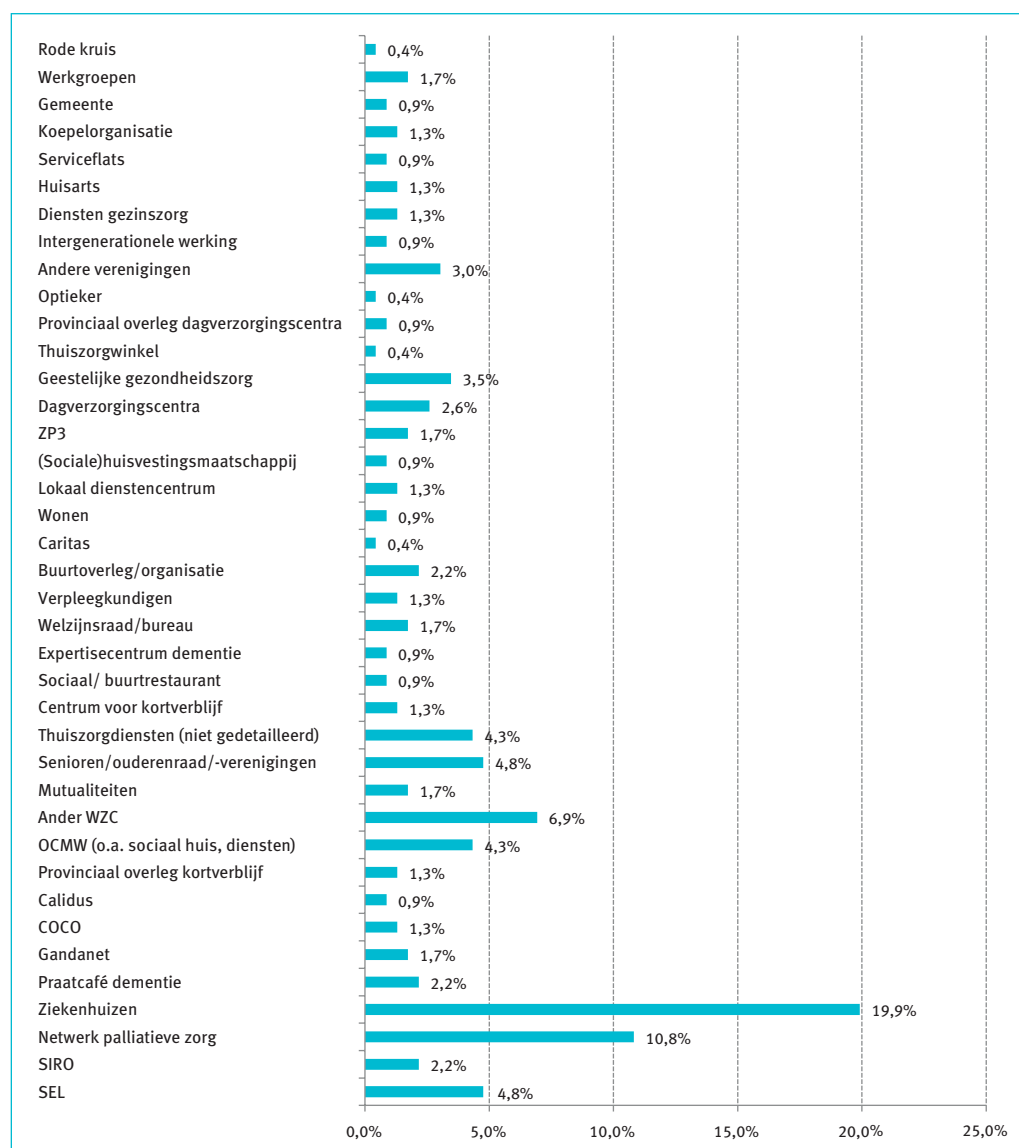
Veel van de samenwerkingsverbanden beogen een samenwerking met andere WZC. 7% van de samenwerkingsverbanden slaat op zo een samenwerking. Maar tegelijk omvatten ook andere samenwerkingverbanden deze link met andere WZC. Het gaat hier onder meer om Gandanet (netwerk van 13 Gentse woonzorgcentra, lid van Zorgnet Vlaanderen), COCO (Zorgnet Vlaanderen), Calidus.

Uit de beschrijving van de samenwerkingsverbanden blijkt zich alvast niet onmiddellijk een intensieve samenwerking met de aanwezige diensten in de thuiszorg voor te doen. Door het oplijsten van de partners betrokken in de samenwerkingsverbanden zal dit verder geverifieerd kunnen worden.

---

<sup>29</sup> Art. 2, Koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend.

**Figuur 3.2** %-verdeling type samenwerking over totaal aantal samenwerkingsverbanden (n=231)



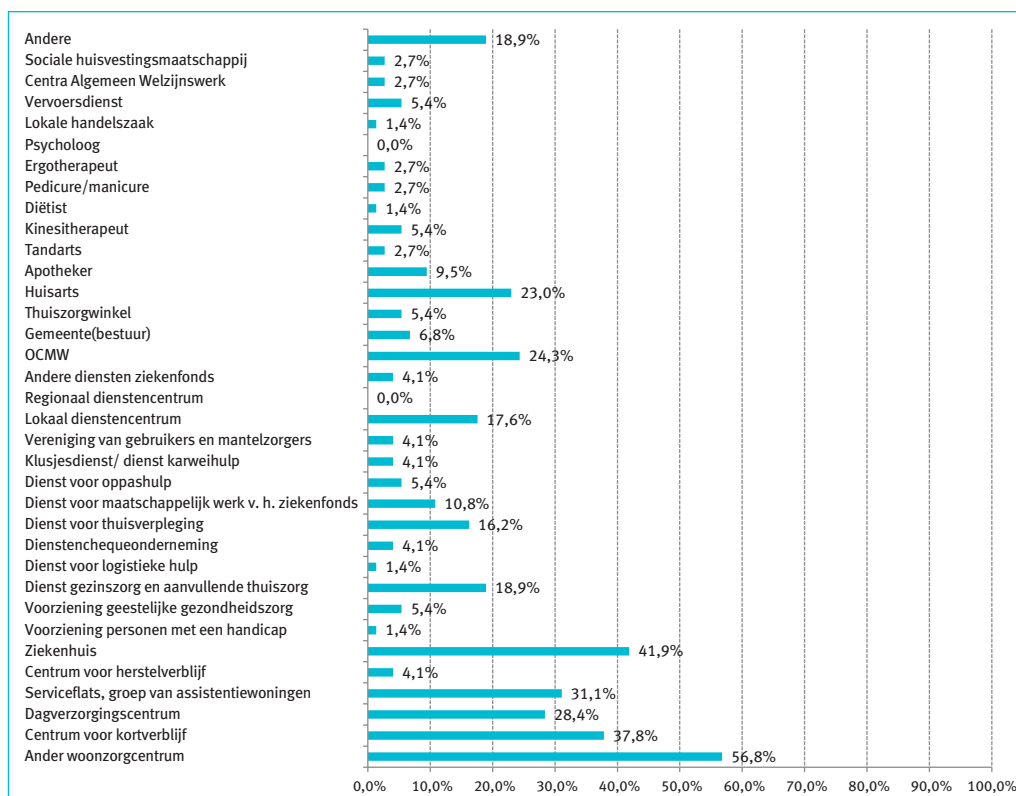
**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

### 3.2.1.2 Samenstelling van de woonzorgnetwerken

Naast het enkel oplijsten van de samenwerkingsverbanden, wensten we voor de 4 ‘belangrijkste’ samenwerkingsverbanden relevant voor de lokale samenwerking en uitbouw van de woonzorgzone, het verder detail te kennen, dit zowel naar samenstelling als naar inhoud. Gemiddeld zijn er 4 partners aanwezig per samenwerkingsverband. Het aantal partners in een samenwerking biedt een beeld van de breedte van de samenwerking. Uit de samenwerkingsverbanden die werden opgelijst door de WZC blijkt dat in 57% van de samenwerkingsverbanden andere woonzorgcentra betrokken zijn. Daarnaast blijkt de sterke aanwezigheid van ziekenhuizen in de netwerken. Zij zijn in 42% van de samenwerkingsverbanden één van de partners. Ook blijkt de sterke aanwezigheid van andere residentiële en transmurale voorzieningen.

Het feit dat in hoofdzaak residentiële en transmurale voorzieningen deel uitmaken van de samenwerkingsverbanden waarin de WZC betrokken zijn, toont aan dat de samenwerking tussen ouderenzorg en thuiszorg vaak nog onderontwikkeld is. Het feit dat huisartsen (in 23% van de samenwerkingsverbanden), diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg (in 19% van de samenwerkingsverbanden), OCMW's (in 24% van de samenwerkingsverbanden), diensten voor thuisverpleging (in 16% van de samenwerkingsverbanden) en lokale dienstencentra (in 18% van de samenwerkingsverbanden) aanwezig zijn in ongeveer 1/5 van de samenwerkingsverbanden waarin WZC betrokken zijn, doet evenwel het beste verhopen voor de toekomst. Op de typologie van de samenwerking wordt later in dit hoofdstuk dieper ingegaan.

**Figuur 3.3** Mate dat partner voorkomt in een samenwerkingsverband (meerdere antwoorden mogelijk) (n=74)

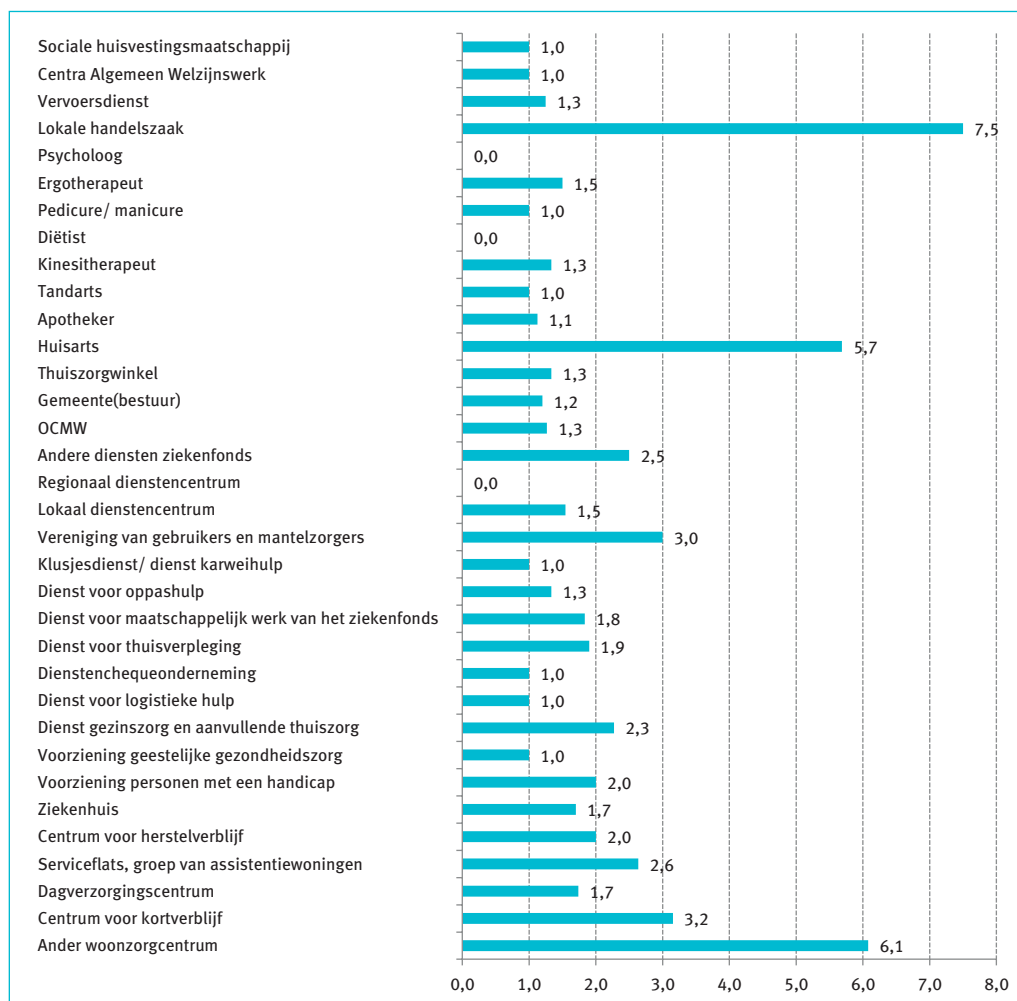


**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

Het aantal partijen per betrokken partner in een samenwerkingsverband kan in grote mate verschillen. Zo stellen we vast dat wanneer een ander woonzorgcentrum betrokken is in het samenwerkingsverband, het gemiddeld om 6,1 WZC gaat. De betrokkenheid van meerdere huisartsen in een samenwerkingsverband wanneer deze zorgverlener hierin betrokken is, doet zich evenzeer voor. Het aantal partijen biedt een goed inzicht op de diepte/intensiteit van de samenwerking. Tegelijk biedt het zicht op de eventuele 'verzuijing' van de samenwerkingsverbanden. Hoe groter het aantal betrokken voorzieningen uit de ouderenzorg en thuiszorg, hoe diverser waarschijnlijk, waardoor men waarschijnlijk ook meer zuiloverstijgend zal samenwerken.



**Figuur 3.4** Gemiddeld aantal partijen wanneer partner aanwezig is in het samenwerkingsverband (n=64)\*



\* Door het feit dat niet voor alle oorspronkelijke 74 samenwerkingsverbanden het aantal partijen is opgegeven kunnen bepaalde partners weggevalen zijn. Dit is onder meer het geval voor 'de diëtist' die opgelijst stond als partner van een samenwerkingsverband, maar in deze figuur verdwenen is.

**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

Het introduceren van woonzorgnetwerken in het Woonzorgdecreet beoogt de samenwerking tussen voorzieningen in de thuiszorg en de residentiële ouderenzorg te stimuleren. Onder meer bij het benoemen van de partners die zeker deel dienen uit te maken van het woonzorgnetwerk is deze doelstelling duidelijk zichtbaar. De samenwerkingsverbanden die de WZC in de elektronische bevraging hebben opgelijst omvatten maar in heel beperkte mate deze partners. Veel initiatieven blijven, zoals reeds vastgesteld, beperkt tot samenwerking met andere residentiële zorgvoorzieningen of met ziekenhuizen. Dit blijkt duidelijk wanneer gekeken wordt naar de typologie van de samenwerkingsverbanden. 6 types van partners werden hierbij gedefinieerd als mogelijke partners in de samenwerkingsverbanden waarin de WZC betrokken zijn, met name residentieel – transmuraal, thuiszorg,



welzijn, eerstelijnszorg, gemeente en andere.<sup>30</sup> Bij 37% van de samenwerkingsverbanden waarin de WZC betrokken zijn, zijn uitsluitend residentiële – transmurale partners aanwezig. Maar ook bij de andere samenwerkingsverbanden zijn er bijna steeds residentiële – transmurale partners betrokken. Bij 32% van de samenwerkingsverbanden is wel één of andere voorziening uit de thuiszorg betrokken.

**Tabel 3.4** Typologie van de samenwerkingsverbanden (n=73)

Typologie	%-verdeling
Residentieel - transmuraal	37,0%
Residentieel - transmuraal EN thuiszorg	5,5%
Residentieel - transmuraal EN thuiszorg EN welzijn	5,5%
Residentieel - transmuraal EN thuiszorg EN welzijn EN eerstelijnszorg	1,4%
Residentieel - transmuraal EN thuiszorg EN welzijn EN eerstelijnszorg EN Gemeente	2,7%
Residentieel - transmuraal EN thuiszorg EN welzijn EN eerstelijnszorg EN Gemeente EN andere	1,4%
Residentieel - transmuraal EN welzijn	4,1%
Residentieel - transmuraal EN eerstelijnszorg	8,2%
Residentieel - transmuraal EN gemeente	1,4%
Residentieel - transmuraal EN andere	2,7%
Residentieel - transmuraal EN thuiszorg EN eerstelijnszorg	4,1%
Residentieel - transmuraal EN thuiszorg EN welzijn EN eerstelijnszorg EN andere	1,4%
Residentieel - transmuraal EN eerstelijnszorg EN andere	2,7%
Residentieel - transmuraal EN thuiszorg EN welzijn EN gemeente	1,4%
Residentieel - transmuraal EN thuiszorg EN welzijn EN andere	1,4%
Thuiszorg	2,7%
Thuiszorg EN welzijn EN eerstelijnszorg	2,7%
Thuiszorg EN andere	1,4%
Welzijn	1,4%
Eerstelijnszorg	1,4%
Andere	9,6%

**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

Het zijn in hoofdzaak de ziekenhuizen (43% van de samenwerkingsverbanden) en andere WZC (32% van de samenwerkingsverbanden) die de coördinatie van het samenwerkingsverband op zich nemen. Daarnaast lijkt ook het OCMW regelmatig als coördinator op te treden (16% van de samenwerkingsverbanden). Het OCMW kan zowel thuiszorg als

<sup>30</sup> 'Residentieel – transmuraal' omvat: ander woonzorgcentrum, dagverzorgingscentrum, centrum voor kortverblijf, centrum voor herstelverblijf, serviceflats, groep van assistentiewoningen, ziekenhuis, voorziening personen met een handicap, voorziening geestelijke gezondheidszorg. 'Thuiszorg' omvat: dienst gezinszorg en aanvullende thuiszorg, dienst logistieke hulp, dienstenchequeonderneming, dienst voor thuisverpleging, dienst voor maatschappelijk werk van het ziekenfonds, dienst voor oppashulp, klusjesdienst/dienst karwei-hulp, verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, lokaal diensten-centrum, regionaal diensten-centrum, thuiszorgwinkel, vervoersdienst, andere diensten ziekenfonds. 'Welzijn' omvat OCMW en Centra Algemeen Welzijnswerk. 'Eerstelijnszorg' omvat huisarts, apotheker, tandarts, kinesitherapeut, diëtist, pedicure/manicure, ergotherapeut, psycholoog. 'Gemeente' omvat gemeente(bestuur). 'Andere' omvat lokale handelszaak, sociale huisvestingsmaatschappij, andere.

residentiële ouderenzorg faciliteren. De aanwezigheid van beide componenten binnen één en dezelfde organisatie creëert enorme mogelijkheden tot intensere samenwerking. In dat opzicht kan men verwachten dat het OCMW regelmatig als coördinator zal optreden. Merkwaardig hoog is het aandeel van apothekers in de coördinatie van de netwerken.

**Figuur 3.5** Welke partner neemt de coördinatie van het samenwerkingsverband op zich? (meerdere antwoorden mogelijk) (n=44)



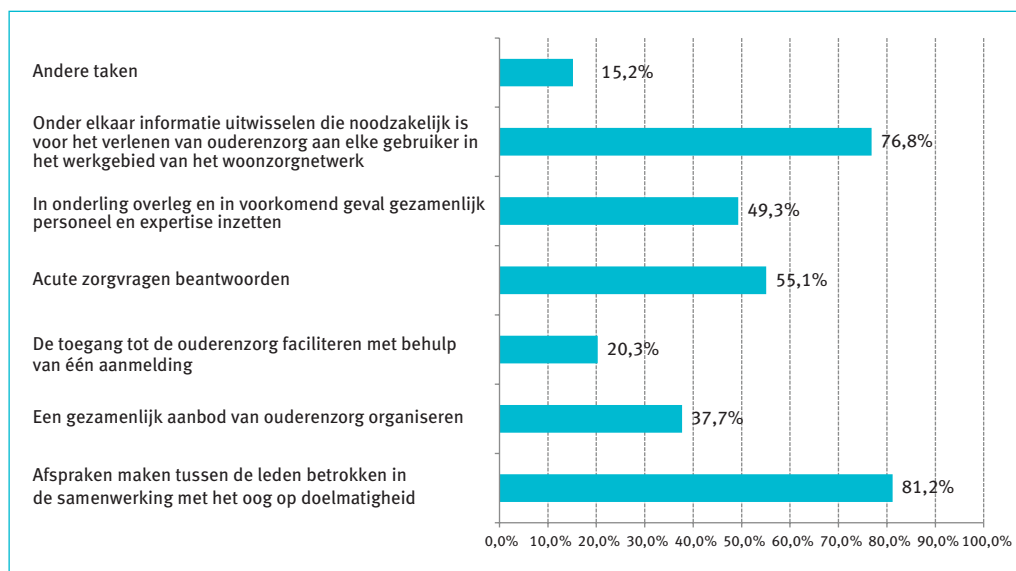
**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

### 3.2.1.3 Inhoud van de woonzorgnetwerken

De mogelijke taken die een samenwerkingsverband opneemt kunnen heel divers zijn. Om dit te synthetiseren zijn de taken die volgens het Woonzorgdecreet door een woonzorgnetwerk ten minste dienen uitgevoerd te worden, overgenomen als mogelijke taken. 81% van de geciteerde samenwerkingsverbanden beoogt afspraken te maken tussen de betrokken leden in de samenwerking om zo doelmatiger te kunnen werken. In de helft van de gevallen heeft de samenwerking ook een operationele dimensie: gezamenlijk personeel inzetten (49,3%) en de toegang tot de zorg verzekeren (55,1%) zijn daarvan de belangrijkste uiting. Eveneens wordt door 77% van de samenwerkingsverbanden

informatie uitgewisseld noodzakelijk voor het verlenen van ouderenzorg. De toegang tot ouderenzorg faciliteren met behulp van één aanmelding (20% van de samenwerkingsverbanden) en een gezamenlijk aanbod van ouderenzorg organiseren (38% van de samenwerkingsverbanden) worden veel minder in het takenpakket opgenomen.

**Figuur 3.6** Taken opgenomen door het samenwerkingsverband  
(meerdere antwoorden mogelijk) (n=69)



**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

### 3.2.1.4 Evaluatie van de woonzorgnetwerken

Aan de WZC werd ook gevraagd hoe zij de samenwerkingsverbanden evalueren. De algemene samenwerking tussen de betrokken partners in het samenwerkingsverband wordt als positief tot zeer positief omschreven. Volgende redenen werden vaak aangehaald om tot deze evaluatie te komen:

- De samenwerking werkt verrijkend;
- Grotere creativiteit;
- Sterkere positie in het zorglandschap;
- Sneller reageren op zorgvragen;
- Samen expertise opbouwen, delen;
- Transparante, open manier van communiceren;
- Groter onderling vertrouwen;
- Grootschaligheid biedt voordelen (know how, financiële armslag);
- Samenbrengen en optimaal gebruiken van elkaars expertise.

Het zijn redenen die mogelijks ouderen- en thuisvoorzieningen kunnen overtuigen om nieuwe samenwerkingsverbanden te creëren. Hierbij spelen zowel individuele belangen (aanwezigheid/sterkere positie in het zorglandschap, schaalvoordelen, kennisverrijkend) maar ook in de eerste plaats collectieve belangen ten dienste van de cliënt (sneller antwoord op zorgvragen).

**Tabel 3.5** Hoe evalueert U de samenwerking tussen de betrokken partners (n=61)

	Aantal	%
Zeer positief	15	25%
Positief	45	74%
Negatief	1	2%
Zeer negatief	0	0%
Totaal	61	100%

**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

Ook inhoudelijk worden de geciteerde samenwerkingsverbanden als positief ervaren.

Onder meer om volgende redenen:

- Het brengt oplossingen voor bestaande problemen;
- Optimaliseren van de zorg;
- Verhoogde kwaliteit van de zorg;
- Antwoord op bepaalde vastgestelde noden.

**Tabel 3.6** Hoe evalueert U dit initiatief inhoudelijk (n=61)

	Aantal	%
Zeer positief	12	20%
Positief	47	77%
Negatief	2	3%
Zeer negatief	0	0%
Totaal	61	100%

**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

Daarnaast is ook aan de WZC gevraagd hoe de samenwerking nog verbeterd zou kunnen worden. Het vormen tegelijk mogelijke knelpunten waarvoor men bij de creatie van samenwerkingsverbanden aandacht zal moet hebben. Onder meer volgende punten werden aangehaald als punten ter verbetering:

- Nood aan meer personeel;
- Nog meer betrokkenheid van de partners nodig;
- Nog gericht overleg nodig;
- Deskundige coördinatie;
- Een vaste structuur, houvast creëren;
- Informatiedoorstroming naar de medewerkers;
- Meer financiële ondersteuning;
- Meer transparantie;
- Concretiseren van doelstellingen;
- Aansluiting van nog andere partners.

### 3.2.1.5 Voorwaarden, knelpunten en succesfactoren van de woonzorgnetwerken

Ten slotte zijn de voorwaarden, knelpunten en succesfactoren van de geciteerde samenwerkingsverbanden in kaart gebracht. Het zijn ervaringen waar men bij de creatie van toekomstige woonzorgnetwerken rekening dient mee te houden.

#### a) Voorwaarden

- Tijd vrijmaken;
- Bereikbaarheid;
- Duidelijke communicatie;
- Bereidheid tot samenwerking;
- Overleg op geregelde tijdstippen;
- Vertrouwen;
- Deskundigheid, ervaring;
- Minimale inzet;
- Financiële ondersteuning voor de coördinatie;
- Openheid van de betrokkenen;
- Coördinatie;
- Middelen vrijmaken;
- Constructieve houding;
- Duidelijke afspraken;
- Werken naar eenzelfde doel;
- Delen, nastreven van dezelfde visie.

#### b) Knelpunten

##### Tijd

- Tijdsintensief;
- Tijdsgebrek betrokken partners;
- Mag geen 'praatbarak' worden.

##### Arbeid

- Arbeidsintensief;
- Bijkomende werklast.

##### Financieel

- Gebrek aan financiële ondersteuning;
- Nood aan subsidiering.

##### Relatie partners

- Onderlinge verhoudingen;
- Cultuurverschillen;
- Naast elkaar werken;
- Verschil aan meningen – moeilijk consensus vinden;
- Verschil aan inzet/inspanningen;
- Elke partner als volwaardig beschouwen.

## Middelen

- Personeelsaanwerving.

## Wetgeving

### c) Succesfactoren

- Concretiseren van samenwerking in initiatieven;
- Blijvend nieuwe initiatieven uitwerken, blijven evolueren;
- Kunnen terugvallen op partners, ondersteuning bieden;
- Voortdurend evalueren van de samenwerking, in vraag stellen en eventueel bijsturen waar nodig;
- Afstemmen van de verschillende werkingen;
- Communicatie en openheid tussen partners;
- Goede coördinatie;
- Goede verslaggeving/documentering van de gemaakte afspraken;
- Enthousiasme, gedrevenheid van partners;
- Respectvolle omgang;
- Respecteren van gestelde timing.

### 3.2.2 Zorginfrastructuur: inhoud van de woonzorgzones en woonzorgservicegebieden

De ruimtelijke dimensie van de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied vormt de basis bij het oplijsten van de aanwezige (zorg)voorzieningen (zie figuur 1.2).<sup>31</sup> Op basis van de elektronische bevraging kan een overzicht gemaakt worden van het gemiddelde aantal (zorg)voorzieningen binnen de perimeter van de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied. De aanwezigheid van een bepaald aantal voorzieningen is immers noodzakelijk wil men tot een goede uitbouw komen van een woonzorgzone en een woonzorgservicegebied. In onderstaande grafieken kan per kolom of voorziening de geografische dimensie worden afgelezen, vertrekkend vanuit het WZC, dan de campus, de woonzorgzone ( $\pm 200$  meter) en het woonzorgservicegebied.<sup>32</sup>

De aanwezigheid van (zorg)voorzieningen binnen een woonzorgservicegebied heeft men echter niet steeds in de hand. Vooreerst spelen de zogenaamde programmatiecijfers voor woonzorgcentra, dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf en de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg.<sup>33</sup> Merk op dat voor de groepen van assistentiewoningen, welke de huidige serviceflats vervangen, geen programmatiecijfers meer voorzien worden.<sup>34</sup> Daarnaast kan ook het werkingsgebied van thuiszorgdiensten (en hieraan gekoppeld het zorgaanbod) sterk verschillen. Eveneens speelt voor de aanwezigheid van nabijheidsdiensten de vrije markt/het vrije initiatief. Natuurlijk kan dit initiatief steeds gestimuleerd en ondersteund worden. Evenzeer kunnen thuisbezorgdiensten een belangrijk aanbod leveren zonder de noodzaak fysiek verankerd te zijn in het woonzorgservicegebied. Ook

---

<sup>31</sup> Bij het bevragen van de zorginfrastructuur werd dit schema ook meegegeven samen met een korte omschrijving van de begrippen.

<sup>32</sup> De responsgraad per op te lijsten voorziening/dienst zal verschillen. In de titel van de figuur wordt steeds de hoogste respons weergegeven.

<sup>33</sup> Voor een overzicht van de programmatie in de thuiszorg en ouderenzorg zie [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be)

<sup>34</sup> Besluit van 12 oktober 2012 van de Vlaamse Regering betreffende de groepen van assistentiewoningen.



een eventuele beperkte fysieke aanwezigheid van eerstelijnszorgdiensten vormt op zich geen probleem wanneer deze diensten ook aan huis worden gebracht. Op deze eventuele beperkingen wordt in volgende paragraaf dieper ingegaan bij de berekening van de gemiddelde aanwezigheid van (zorg)voorzieningen in het woonzorgservicegebied en de woonzorgzone.<sup>35</sup>

Gemiddeld zijn er ongeveer 2,5 WZC aanwezig in het woonzorgservicegebied. De realiteit kan evenwel in elk woonzorgservicegebied sterk verschillen. Vooreerst dient er een afstemming te gebeuren tussen de programmatiecijfers en de huidige situatie in het woonzorgservicegebied. Op basis van de Sociale Situatieschets 2011 (Provincie Oost-Vlaanderen) blijkt alvast nog ruimte te zijn tot de verwezenlijking van nieuwe WZC of

uitbreiding van het aantal plaatsen (bestaande WZC/programmatie WZC=realisatiegraad). Wij tellen hier immers enkel het aantal voorzieningen en niet het aantal plaatsen. De programmatie verwijst naar het laatste voor WZC. Voor sommige andere voorzieningen zijn het aantal voorzieningen geprogrammeerd. Een voldoende hoog aanbod zal immers blijvend moeten gegarandeerd worden voor personen waarbij de opname in de residentiële zorg onvermijdbaar is. Ook het profiel van de bewoners is de voorbije jaren geëvolueerd naar een zwaar zorgprofiel (door sterke omzetting van ROB- naar RVT-woongelegenheden).

Daarnaast wenst men in de toekomst tot een verdere uitbouw te komen van het aantal dagverzorgingscentra (streefdoel van één dagverzorgingscentrum per gemeente).<sup>36</sup> Voor de responsgroep bekomen we 0,9 dagverzorgingscentra binnen het woonzorgservicegebied. De ontwikkeling van onder meer CADO (Collectieve Autonome Dagopvang)<sup>37</sup> past in deze strategie. Net zoals bij de WZC, zou voor dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf de realisatiegraad nagegaan kunnen worden. Ook bij deze voorzieningen spelen immers de programmatienormen.

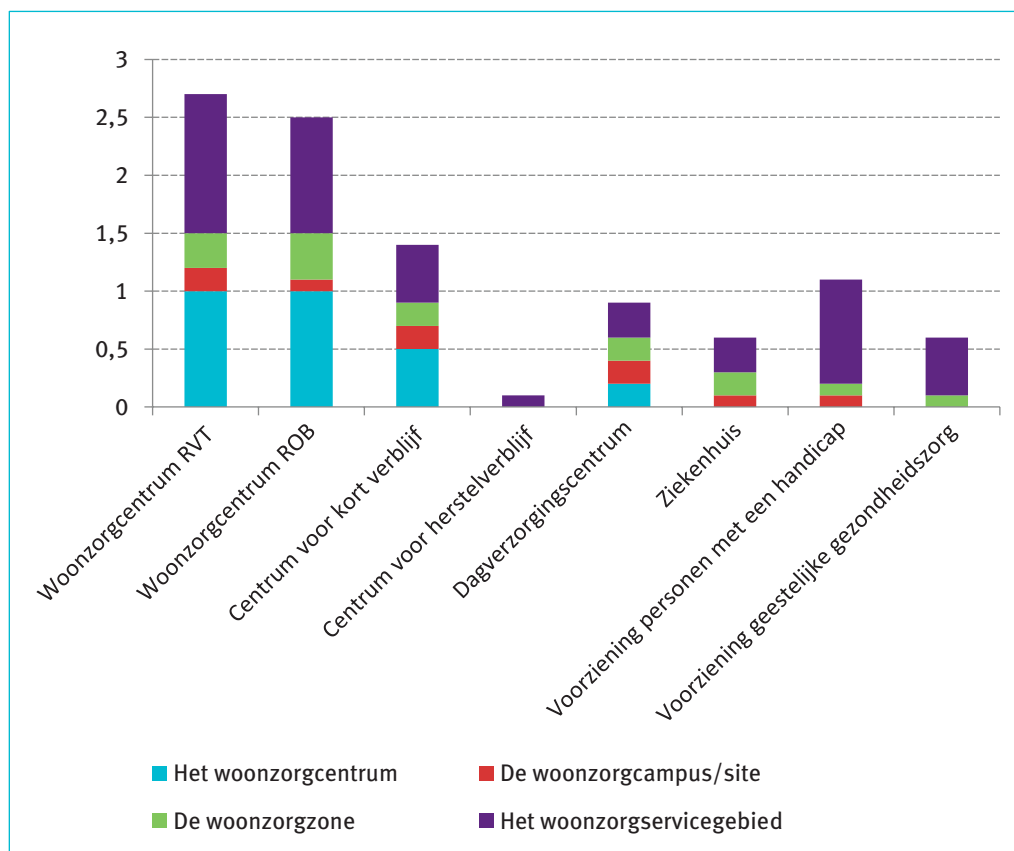
Er blijken gemiddeld 0,6 ziekenhuizen in de woonzorgservicegebieden gevestigd te zijn. De aanwezigheid van een ziekenhuis zal zich dus niet in elk woonzorgservicegebied voordoen. Kleine poliklinieken, wijkgezondheidscentra, zijn mogelijke alternatieven. Zoals reeds vastgesteld doet zich een sterke samenwerking voor tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra. Een ziekenhuis zal dan ook met meerdere WZC een samenwerking hebben.

<sup>35</sup> Zie ook Peetermans & Winters (2009) die deze oefening in detail hebben gemaakt voor Genk.

<sup>36</sup> 'Vandeuren streeft naar één dagverzorgingscentrum per gemeente' in *De Standaard*, 14 september 2012.

<sup>37</sup> Zie de bespreking in hoofdstuk 2 van dit begrip.

**Figuur 3.7** Gemiddeld aantal residentiële en transmurale zorgvoorzieningen aanwezig in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied (n=25)



**BRON** Het aantal WZC RVT en het aantal WZC ROB zijn vermoedelijk wel dezelfde voorzieningen

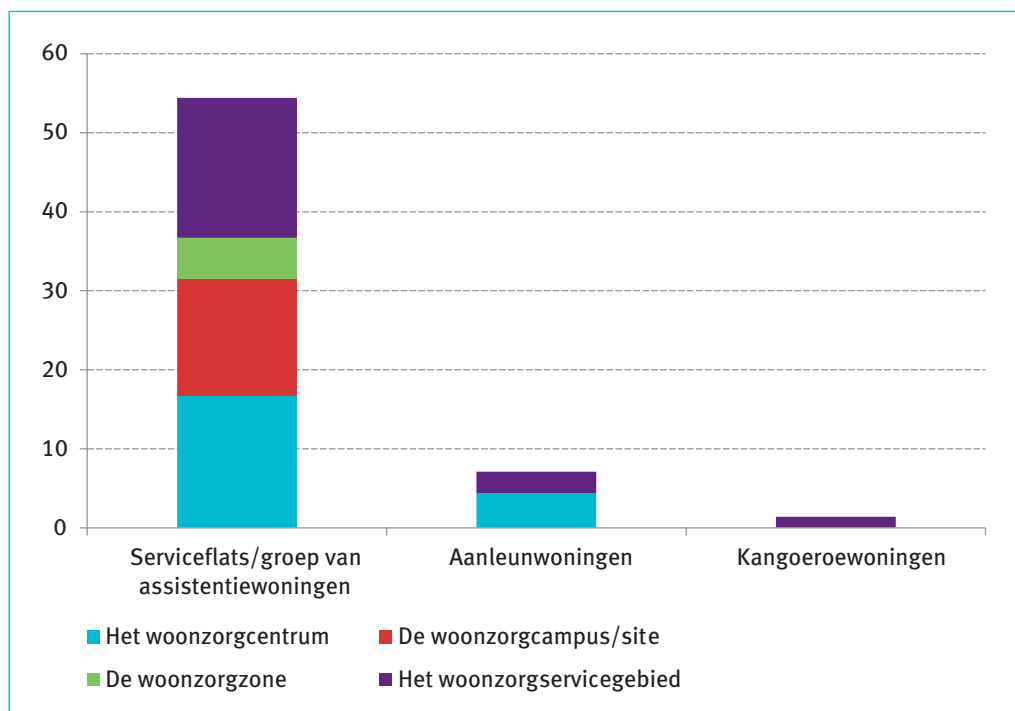
**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

Gemiddeld 54,4 woongelegenheden in serviceflats/groep van assistentiewoningen zijn gelegen binnen het woonzorgservicegebied. Hiervan zijn er reeds gemiddeld 31,5 woongelegenheden gevestigd binnen de woonzorgcampus/site. Ook blijkt de ontwikkeling van aanleunwoningen en kangoeroewoningen<sup>38</sup> nog in haar kinderschoenen te staan.

<sup>38</sup> Voor een gedetailleerde bespreking van het concept 'kangoeroewoning' zie Peetermans & Winters, 2009.



**Figuur 3.8** Gemiddeld aantal woongelegenheden van aangepaste woonvormen aanwezig in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied (n=22)



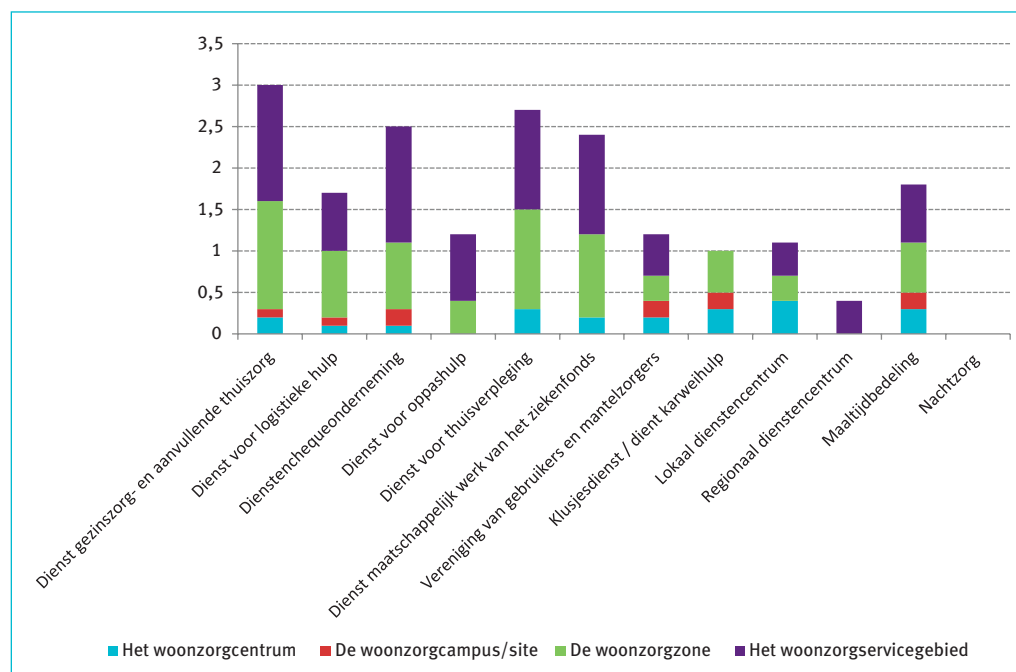
**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

Thuiszorgdiensten hoeven niet zonnig fysiek ingepland te zijn in het woonzorgservicegebied. Zij moeten wel beschikbaar zijn. Het feit of men er werkelijk actief is, is vooral van belang. Gemiddeld 3 diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg zijn actief binnen het woonzorgservicegebied. Het werkingsgebied en de programmatiecijfers zullen een rol spelen in welke mate deze diensten er aanwezig zijn. Ook voor de andere thuiszorgdiensten dient geverifieerd te worden of de programmatie ingevuld is. Indien niet, doen zich mogelijke opportuniteiten voor. De verwevenheid van de dienstencheque in het Vlaamse zorglandschap is een nieuw gegeven.<sup>39</sup> De toegelaten activiteiten in de woonplaats van de gebruiker (schoonmaken, wassen en strijken, kleine occasionele naaiwerken, bereiden van maaltijden) en buiten de woonplaats van de gebruiker (boodschappen doen, begeleid vervoer van personen met beperkte mobiliteit, strijken in een strijkatelier) zijn sterk gerefereerd met de hulp voor dagdagelijkse activiteiten van ook zorgbehoevende personen. Voor veel diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg maakt het aanbod via het dienstenchequestelsel een belangrijke pijler van hun organisatie uit (zowel naar gepresteerde uren, personeel en financiering). Het overzicht creëert in elk geval een beeld van een plethora aan actieve thuiszorgdiensten. Het roept hetzelfde beeld op als wat wij vroeger verkregen in een internationale vergelijkende analyse van de ouderenzorg: het ontstaan van een veelkleurig pallet van diverse thuiszorgdiensten en transmurale diensten (Pacolet, Bouten, Lanoye & Versieck, 2000). België en Vlaanderen bleven daar toen al niet achter. Het beeld herontdekken wij vandaag opnieuw in Oost-Vlaanderen. Desondanks doen er zich nog

<sup>39</sup> Voor een gedetailleerde bespreking zie Pacolet, De Wispelaere & De Coninck, 2011.

steeds leemten voor in de zorgverlening (in bepaalde zorgregio's). Dit zal onder meer blijken uit de focusgroepen (zie hoofdstuk 4).

**Figuur 3.9** Gemiddeld aantal thuiszorgdiensten actief in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied (n=20)



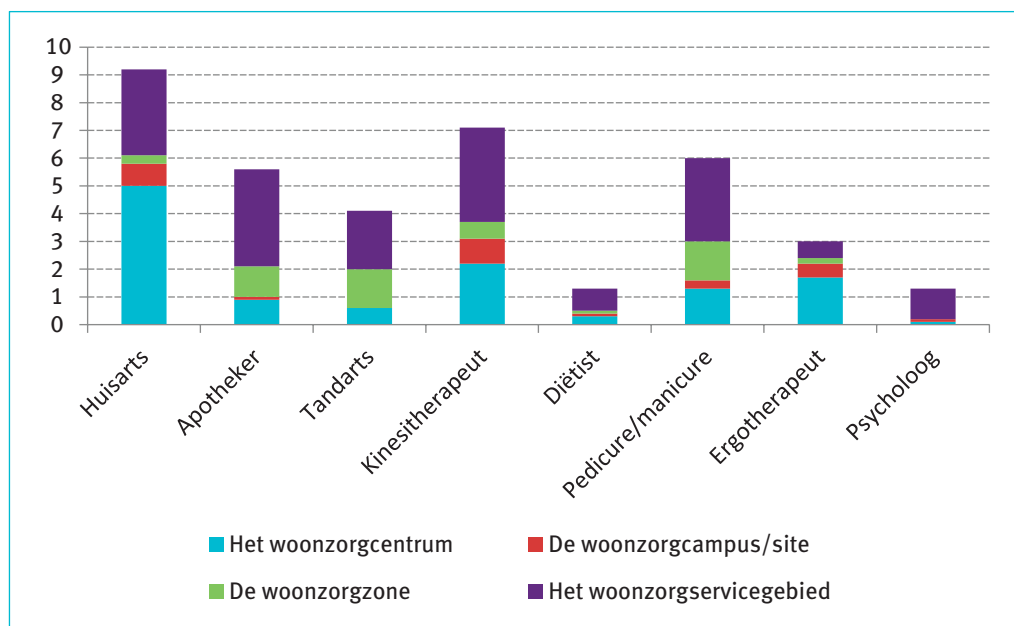
**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

Het voldoende aanwezig zijn van eerstelijnszorgdiensten in het woonzorgservicegebied lijkt op basis van de oplijsting van de responsgroep gegarandeerd. De aanwezigheid van de huisarts is een belangrijk factor bij de samenstelling van woonzorgnetwerken en de creatie van woonzorgzones en woonzorgservicegebieden. Met een gemiddelde aanwezigheid van 9,2 huisartsen per woonzorgservicegebied lijkt dit gegarandeerd. Sommige eerstelijnszorgdiensten kunnen ook in huis verleend worden (onder meer huisarts, kinesitherapeut, manicure, pedicure, ergotherapeut) wat geen synoniem is van fysieke aanwezigheid, maar wel van beschikbaarheid.



Een goede geografische spreiding van deze zorgaanbieders zal de lokale beschikbaarheid uiteraard sterk vergemakkelijken. Een voldoende aanwezigheid van en een goede spreiding van apothekers en tandartsen is dan weer wel vereist. Er dient voorkomen te worden dat een beperkte aanwezigheid van eerstelijnszorgdiensten leidt tot het uitstellen/niet uitvoeren van een consultatie. Door de aanwezigheid van wijkgezondheidscentra en lokale dienstencentra kunnen sommige van de eerstelijnszorgdiensten gecentraliseerd aangeboden worden.

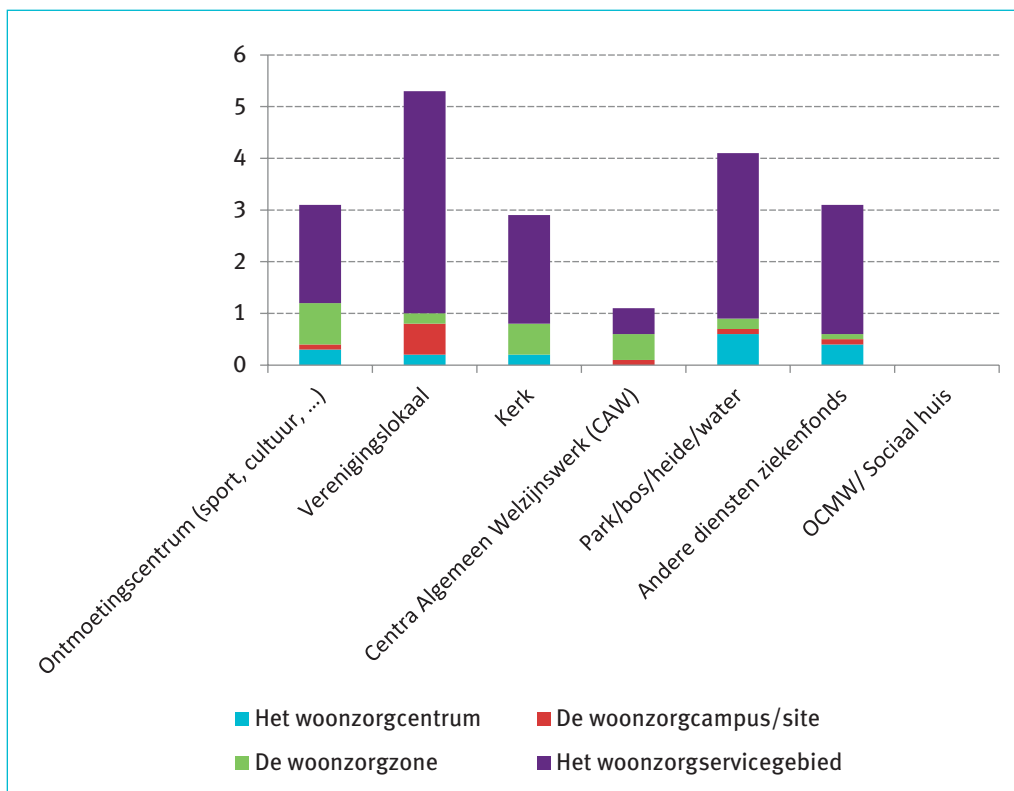
**Figuur 3.10** Gemiddeld aantal eerstelijnszorgdiensten actief in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied (n=23)



**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

De aanwezigheid van welzijnsvoorzieningen is een andere belangrijke component in de uitbouw van een woonzorgservicegebied. Niet in elke buurt kan evenwel een welzijnsdienst ingepland worden. Daarom ook dat er steeds een goede bereikbaarheid via het openbaar vervoer dient gegarandeerd te worden. Ontmoetingscentra en verenigingslokalen zijn een belangrijk alternatief voor de lokale dienstencentra. Het gaat hier in hoofdzaak om het aanbieden van voldoende ontspanningsmogelijkheden. In sommige gemeenten/steden wordt er een sociaal huis/'welzijnsknoop' opgericht. Dit functioneert vaak als informatie- en meldpunt maar kan/zal daarnaast een ruimer aanbod van diensten herbergen. Doordat meerdere diensten hun activiteiten op dezelfde plaats centreren kan er ook voldoende permanentie voorzien worden.

**Figuur 3.11** Gemiddeld aantal welzijnsdiensten aanwezig in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied (n=17)



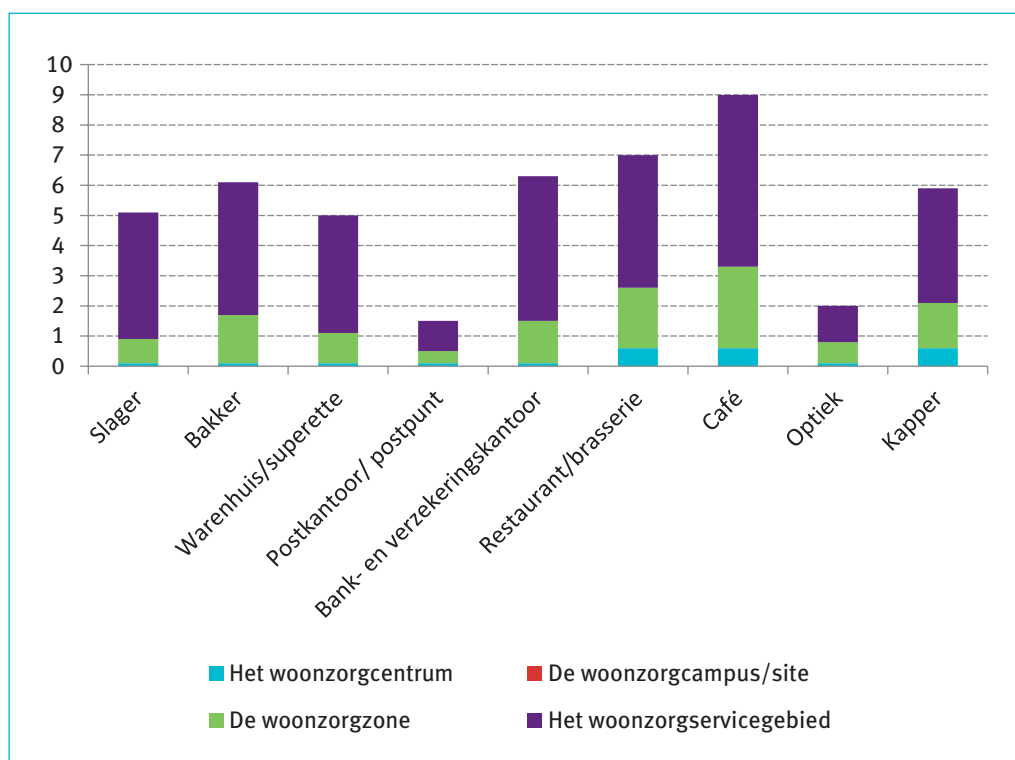
**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

Een voldoende aanbod van nabijheidsdiensten en de afstand ernaar toe is van belang om een voldoende grote onafhankelijkheid te blijven waarborgen. Tegelijk kan het ook het sociaal contact bevorderen. Evenwel brengen deze nabijheidsdiensten meer en meer ook hun diensten aan huis.<sup>40</sup> Beperkingen aan mobiliteit van de persoon worden op deze manier opgevangen. De fysieke inplanting en ruimtelijke nabijheid van de zogenaamde ‘nabijheidsdiensten’ wordt hierdoor opnieuw minder noodzakelijk.<sup>41</sup>

<sup>40</sup> B.v. de plaatselijke bakker/slager brengt de bestelling aan huis. Maar ook grote warenhuisketens en De Post beschikken over een dienst die bestellingen aan huis brengt. Daarnaast zijn er ook bedrijven die zich specifiek richten op de levering van voedingswaren aan huis. Door homebanking is het ook niet meer nodig om zich steeds te begeven naar een bankkantoor.

<sup>41</sup> De toegankelijkheid en bereikbaarheid van voorzieningen blijft natuurlijk belangrijk. Al is het maar of ontmoetingskansen te bieden.

**Figuur 3.12** Gemiddeld aantal commerciële nabijheidsdiensten aanwezig in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied (n=20)

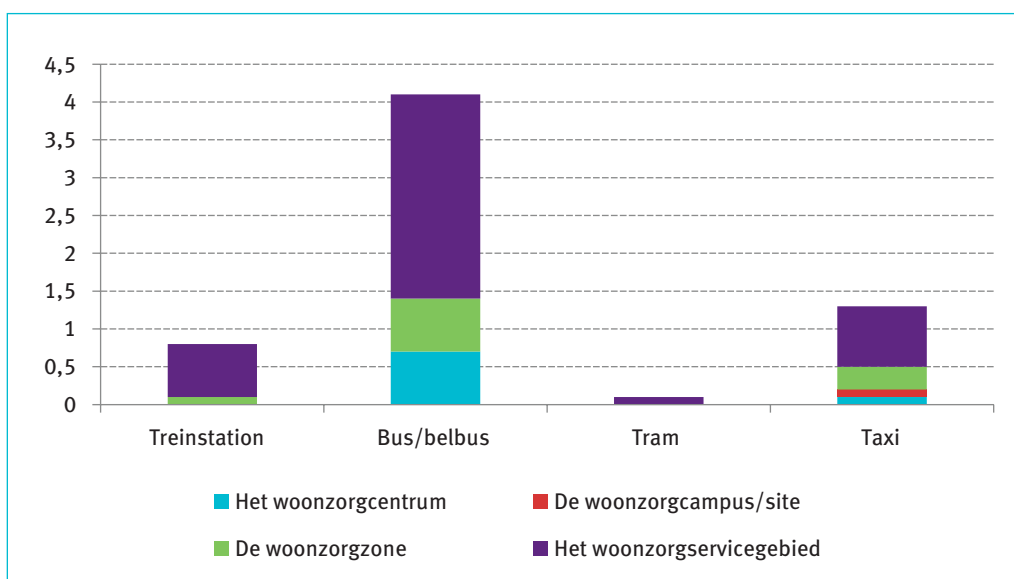


**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

Het aanwezige mobiliteitsaanbod dient de onafhankelijkheid van de inwoners te garanderen. Het draagt bij tot een voldoende bereikbaarheid van veel van de (zorg)voorzieningen die een belangrijke component van de woonzorgzone uitmaken. Evenwel blijkt (individueel) vervoer (van afhankelijke personen) een heikel punt te zijn. Dit komt zowel tot uiting in de experimenten 'woonzorgnetwerken', de focusgroepen als de elektronische bevraging. Het betreft hier vooral het individueel vervoer van hulpbehoevende personen.<sup>42</sup>

<sup>42</sup> Zie ook VZW Enter (2012) en Provincie Oost-Vlaanderen (2013)

**Figuur 3.13** Vervoersdiensten aanwezig in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied (n=21)



**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

Op basis van een aantal kenmerken (gedefinieerd door J. Singelenberg) (inzake aangepaste woningen, gebruik ouderenzorg, 24-uurszorg, niveau van dienst- en hulpverlening, sociaal en verkeersveilige omgeving) kan de mate van realisatie van een woonzorgzone en woonzorgservicegebied worden geëvalueerd. Bij de WZC werd in de elektronische bevraging gepeild naar de mate dat deze kenmerken worden gerealiseerd in hun desbetreffende wijk. Het begrip ‘wijk’ werd hierbij gelinkt aan de woonzorgzone (of zorgvriendelijke wijk). Het is dan ook eerder eng te interpreteren. Maar op zich zouden deze kenmerken ook verruimd kunnen worden tot het woonzorgservicegebied. Het inspelen op kenmerken die momenteel weinig tot niet gerealiseerd worden, vormen een belangrijke opportuniteit. Zowel de 24-uurspermanentie als de verhoogde dienst- en hulpverlening binnen de woonzorgzone blijken alvast vaak nog niet gerealiseerd te worden.

**Tabel 3.7** Realisatie van een aantal kenmerken van de woonzorgzone (zorgvriendelijke wijk) op basis van de literatuur (n=30)

	Ja	Nee	Totaal
Minimum 4% tot maximum 25% van de woningen zijn aangepast aan de zorgbehoefte/mobiliteit van de bewoner	44%	56%	100%
Minimum 5% tot maximum 25% van de inwoners maakt gebruik van ouderenzorg, gehandicaptenzorg of dienst voor geestelijke gezondheidszorg	72%	28%	100%
Er is 24-uren zorgpermanentie aanwezig binnen de wijk waarin het WZC zich bevindt?	33%	67%	100%
Er is een verhoogd niveau van dienst- en hulpverlening binnen de wijk waar het woonzorgcentrum zich bevindt?	38%	62%	100%
De wijk is een sociaalveilige omgeving?	89%	11%	100%
De wijk is een verkeersveilige omgeving?	69%	31%	100%

**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

Tevens is gevraagd naar de aanwezigheid van een aantal componenten van een woonzorgzone. Maar deze kunnen ook ruimer geïnterpreteerd zijn voor het woonzorgservicegebied. Deze componenten vormen vaak de vertaling van de hierboven geciteerde kenmerken. Zo valt onmiddellijk het gebrek aan een beleid inzake levensloopbestendig en/of aangepast wonen op. Ongeveer 1/3 van de respondenten heeft hierover ook geen idee. Bijna de helft van de respondenten zegt dat er een woonzorgloket gevestigd is in de wijk. Evenwel is de aanwezigheid van een woonzorgcoach in een wijk nog beperkt te noemen.

**Tabel 3.8** Componenten van een woonzorgzone (zorgvriendelijke wijk) (n=30)

	Ja	Nee	Geen idee	Totaal
Voert de wijk een beleid waar levensloopbestendig en/of aangepast wonen in functie van zorgbehoeften gestimuleerd wordt?	17%	52%	31%	100%
Heeft U weet van activiteiten die het sociaal isolement/ de eenzaamheid van ouderen tegengaan?	52%	48%		100%
Is er een woonzorgloket aanwezig?	47%	23%	30%	100%
Is er een woonzorgcoach (consulent) actief in de wijk?	17%	57%	27%	100%

**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

Indien er een woonzorgloket aanwezig is, werd gevraagd naar welke diensten er aangeboden worden. Het blijkt in eerste instantie te gaan om het informeren van de burger over ouderenzorg. Dit door het aanbieden van een overzicht aan de aanwezige diensten en hierover informatie te verstrekken. Het afstemmen van vraag en aanbod van zorg en de coördinatie van de zorg- en dienstverlening vindt minder snel plaats binnen het woonzorgloket.

**Tabel 3.9** Diensten die aangeboden worden binnen het informatiepunt (meerdere antwoorden mogelijk) (n=20)

Aangeboden diensten	%
Aanbieden van een overzicht aanbod aan diensten en voorzieningen voor ouderen en zorgbehoevenden	75%
Informeren over aanbod aan diensten en voorzieningen voor ouderen en zorgbehoevenden (via loket functie)	80%
Adviseren van de buurtbewoner, mantelzorger, vrijwilliger	55%
Doorverwijzen van de buurtbewoner	50%
Afstemmen van vraag naar en aanbod van zorg	35%
Coördinatie van de zorg- en dienstverlening	45%
Meldpunt van problemen	55%
Geen idee	20%
Andere	20%

**BRON** Eigen verwerking op basis van elektronische bevraging

### 3.3 Besluit

Door de samenstelling en de inhoud van de samenwerkingsverbanden op te lijsten, is een geaggregeerd beeld bekomen. Het kan voorzieningen inspireren deze samenstelling en inhoud over te nemen door het creëren van nieuwe samenwerkingsverbanden. Tegelijk blijkt ook nog het groeipotentieel van samenwerkingsverbanden tussen ouderen- en thuiszorg.

De voorzieningen die minstens dienen aanwezig te zijn in de woonzorgnetwerken zoals gedefinieerd in het Woonzorgdecreet, zijn niet steeds de partners die wij tegen komen in de samenwerkingsverbanden waarin de WZC betrokken zijn. Veel van de huidige samenwerkingsverbanden blijven immers beperkt tot de residentiële voorzieningen. Ook blijkt de intensieve samenwerking tussen WZC en ziekenhuizen. De aanwezigheid van een ziekenhuis is evenwel niet vereist in de samenstelling van een woonzorgnetwerk volgens het Woonzorgdecreet. Die kentering naar meer samenwerking tussen het WZC en de thuiszorg dient nog te gebeuren. Opvallend is wel dat twee professionals uitgesproken in beeld komen in deze samenwerkingsinitiatieven, naast de reguliere thuiszorgdiensten. Het zijn de huisarts en de apotheker. Dit beeld zal herbevestigd worden bij de analyse van de overlegdossiers eerstelijnszorg (hoofdstuk 5).

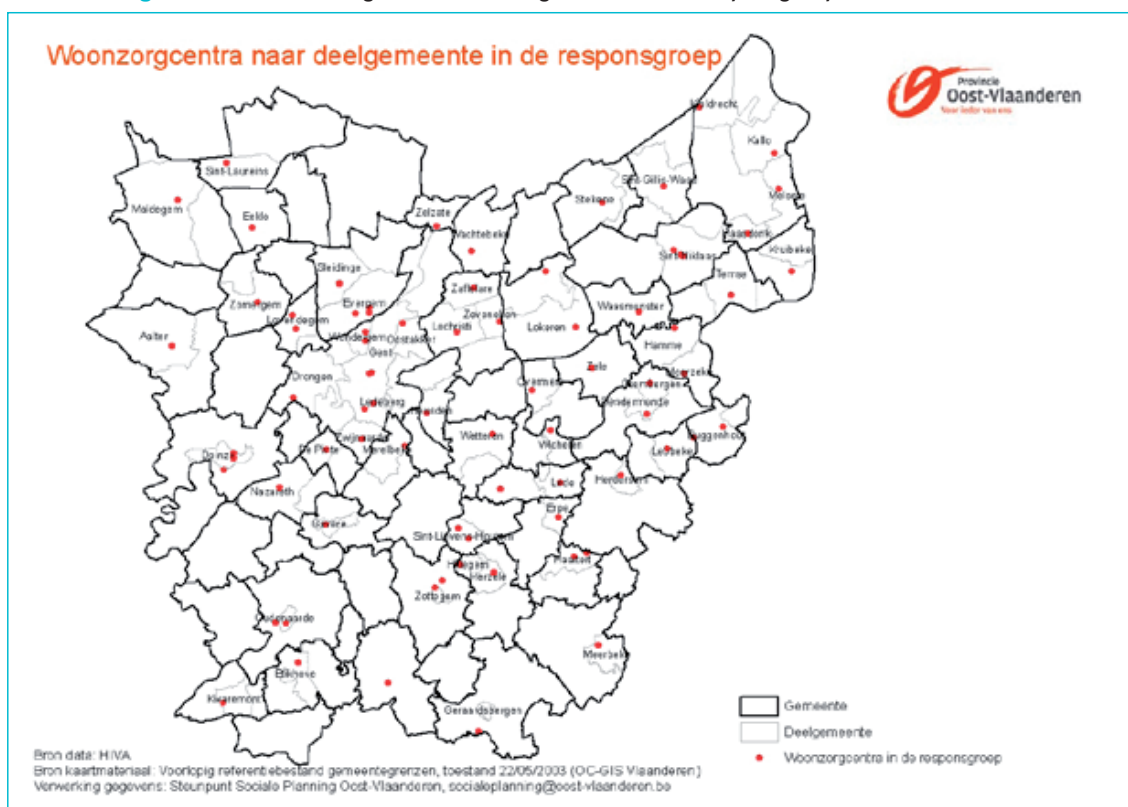
Het oplijsten van de evaluatie, voorwaarden, knelpunten en succesfactoren van de samenwerkingsverbanden moeten een hulp zijn bij het implementeren van toekomstige samenwerkingsverbanden. Het zijn immers de ervaringsdeskundigen zelf die wij aan het woord hebben gelaten.

De samenstelling aan (zorg)voorzieningen/diensten zal in elk gemeente/stad variëren. Men is immers afhankelijk van het eigen initiatief en vaak ook aan de opgelegde programmatiecijfers. Dit mag evenwel geen belemmering vormen ook tot een uitbouw van een volledig zorgaanbod te komen voor een woonzorgzone en een woonzorgservicegebied. Op basis van een aantal formele kenmerken geeft de respondent de indruk dat hier nog een lange weg is af te leggen. Of dit nu onder de noemer van een 'woonzorgzone' gebeurt, of via de verdere uitbouw van de diensten, en de samenwerkingsverbanden daartussen, is onverschillig.

Met 76 van de 186 WZC bereikten wij 41 % van de WZC in Oost-Vlaanderen. De responsgroep bleek alvast goed verspreid te zijn over de provincie. Deze spreiding is ook afhankelijk van de situering van de WZC. Grotere gemeenten en steden huisvesten immers meerdere WZC. Zij gaven niet minder dan 231 samenwerkingsverbanden op. Maar 40 % van de WZC gaven geen enkel samenwerkingsverband op, wat theoretisch niet kan omdat zij minstens moeten samenwerken met de ziekenhuizen. Het niet of beperkt aanwezig zijn van samenwerkingsverbanden duidt op blinde vlekken op het vlak van woonzorgzones en woonzorgnetwerken. Ook het niet beantwoorden van de vragenlijst kan hier mogelijks op wijzen. Men bevindt zich immers op onbekend terrein bij het ontvangen van de introductiebrief aangezien men geen weet heeft van woonzorgnetwerken of woonzorgzones. Daarnaast kregen wij voor 74 van deze samenwerkingsverbanden meer detail over wie daarin participeert. Nog eens 25 van de WZC beschreven de woonzorgzone waarin zij opereerden.

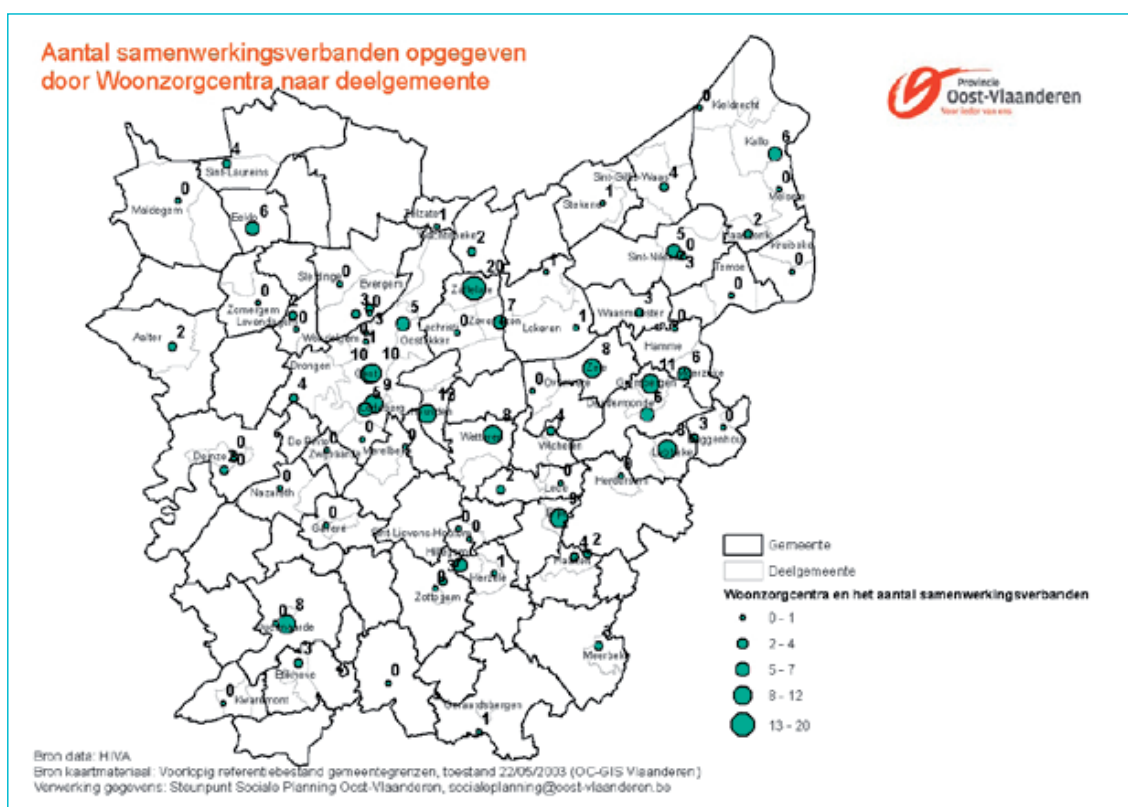


**Figuur 3.14** Woonzorgcentra naar deelgemeente in de responsgroep



**BRON** Op basis van elektronische vragenlijst – aanmaak kaart Provincie Oost-Vlaanderen – Sociale Planning

**Figuur 3.15** Aantal samenwerkingsverbanden opgegeven door Woonzorgcentra naar deelgemeente



**BRON** Op basis van elektronische vragenlijst – aanmaak kaart Provincie Oost-Vlaanderen – Sociale Planning

In onderstaande tabel vergelijken wij even de informatie bekomen voor de 74 samenwerkingsverbanden omtrent de betrokkenheid van een aantal zorgverstrekkers met het totaal aantal zorgbeoefenaars gekend bij de FOD Volksgezondheid en wonende in de Provincie Oost-Vlaanderen<sup>43</sup>. Voor de verpleegkundigen is dit zeker niet het totaal aantal verpleegkundigen, noch het aantal thuisverpleegkundigen, dus die informatie geven wij enkel pro memorie. De aanwezigheid van de diensten thuisverpleging is daar het belangrijkste criterium, en die is blijkbaar in (maar?) 16,2% van de gevallen vermeld: 1 op 6. De andere zorgbeoefenaars zijn wel interessant om te weten in welke mate zij al bij de netwerken zijn betrokken. De huisartsen zijn in 23% van de netwerken aanwezig, of in 17 van de 74 beschreven netwerken, en dit met gemiddeld 5,7 huisartsen. Als wij beide elementen combineren hebben wij 97 huisartsen geteld. Met een steekproef die toch ongeveer 41% van de rusthuizen bereikte, hebben wij nog maar 5% van de huisartsen in de Provincie theoretisch geteld. De enige groep van partijen die verhoudingsgewijs sterk aanwezig is, zijn de overige woonzorgcentra. Zij worden in 56,8% van de netwerken vermeld (en dan moeten wij weten dat de woonzorgnetwerken al beschreven worden vanuit het WZC dat de vragenlijst invulde), en met gemiddeld 6,1 partijen wat het aantal theoretisch betrokken woonzorgcentra op 256 brengt. Uiteraard zitten hier dubbeltellingen in, en kunnen de samenwerkingsverbanden ook over de provinciegrenzen gaan, zodat opnieuw de verhouding van dit aantal tot het aantal WZC in de provincie zelf, 138% (cijfer in de kolom 'participatiegraad'), niet letterlijk mag genomen worden. Het is maar een indicator van relatief belang. Wel maakt het duidelijk dat de samenwerkingsverbanden vooral samenwerkingen zijn gebleken met de collega's WZC. In die zin is de aanwezigheid van huisartsen zelfs hoopvol aangezien zij als eerste externe partner verschijnen in het overzicht. Maar tegelijk kan dit ons niet verbazen omdat hij in feite ook een belangrijke partner IN het WZC is. Het kan ons ook niet verbazen dat zij als verplichte partner worden vermeld voor de woonzorgnetwerken zoals gedefinieerd door het Woonzorgdecreet. Van de overige zorgberoepen valt nog op dat de kinesitherapeut en de apotheker relatief veel vermeld worden, maar dat zij minder individueel betrokken worden in de formele netwerken. Zij vertegenwoordigen er eerder de beroepsgroep.

---

<sup>43</sup> Uiteraard is dit maar een benadering van het aanbod, omdat woonplaats niet noodzakelijk identiek is met de plaats waar men zijn beroep uitoefent.

**Tabel 3.10** Een aantal zorgverstrekkers uit de woonzorgnetwerken in perspectief

	Aantal beroeps-beoefenaars van gezondheidsberoepen wonende in Oost-Vlaanderen, 2011	Partner in samenwerkingsverband (als % van het aantal samenwerkingsverbanden)	Aantal vermeldingen (% maal 74)	Aantal partijen per vermelding	Aantal partijen	Participatiegraad (in %)
Huisartsen	1 829	23	17	5,7	97	5,30%
Tandartsen	1 049	2,7	2	1	2	0,19%
Kinesitherapeuten	3 713	5,4	4	1,3	5	0,14%
Verpleegkundigen	24 915	16,2	12	1,9	23	0,09%
Apothekers	2 347	9,5	7	1,1	8	0,33%
Diëtist	402	1,4	1	1	1	0,26%
WZC	186	56,8	42	6,1	256	137,85%

**BRON** Eigen bevraging WZC en voor beroepsbeoefenaars: Jaarstatistiek met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidsberoepen in België. Aantal beoefenaars op 31/12/2011, FOD Volksgezondheid, Brussel, 2012

Bovenstaande analyse is een voorbeeld van het in perspectief plaatsen van de verzamelde informatie. Het gebruikte bevragsinstrument zou bij een hogere responsgraad en een vollediger dekking van alle WZC voor het geheel van de gevraagde informatie dit beeld meer solide moeten maken. De voorlopige vaststelling is op deze manier echter opnieuw herbevestigd dat de samenwerkingsverbanden van de WZC nog sterk op de eigen sector zijn gericht, en nog onvoldoende op de thuiszorg. Dit beeld gaan wij in volgende hoofdstukken ook bevestigd zien vanuit de SEL's en hun overlegdossiers. Wij zitten nog maar in de 'prelude' van de samenwerking tussen de residentiële zorg en de thuiszorg. Het woonzorgnetwerk van het Woonzorgdecreet lijkt daarin een belangrijke rol te kunnen spelen. Want nu is de vaststelling nog dat één zwaluw de lente niet maakt.



# 4



## organisatie focusgroepen: experimenten en controle- groepen

### 4.1 Situering

In het kader van het onderzoeksproject werden 8 focusgroepen georganiseerd. Deze vonden plaats in de 3 gemeenten betrokken bij het project (met name Zaffelare, Ledeberg en Grembergen) en in 5 zogenaamde controlegemeenten (Sint-Niklaas, Stekene, Destelbergen, Deinze en Geraardsbergen). Voor Destelbergen en Sint-Niklaas hadden we vooraf weet dat bepaalde componenten binnen de concepten van ‘woonzorgnetwerken’ en ‘woonzorgzones’ reeds waren geïmplementeerd. Voor de gemeenten Stekene, Deinze en Geraardsbergen gingen wij ervan uit dat deze concepten nog niet waren uitgewerkt.<sup>44</sup> De diensten en voorzieningen (eerstelijnszorg) aanwezig in deze focusgroepen werden vooraf uitgenodigd door de SEL-coördinatoren. Van de personen aanwezig op de focusgroepen werd verondersteld dat zij persoonlijk actief zijn in de desbetreffende gemeente. We beoogden in de eerste plaats de mensen op het terrein te consulteren en te bevragen.

Na een korte toelichting van de concepten wensten wij de aanwezigen zelf aan het woord te laten. Wij traden hierbij in de eerste plaats op als ‘rapporteur’. Zo dient dit hoofdstuk ook gelezen te worden.

In de focusgroepen wensten wij ons te richten op een aantal aspecten, met name voor eerst op de werking van de woonzorgnetwerken en woonzorgzones en de impact van bepaalde aspecten van de woonzorgzones en woonzorgnetwerken op de eerstelijnszorg (voor gemeenten waar er een woonzorgzone en/of netwerk aanwezig is) maar tevens op de nood aan vormen van woonzorgzones en woonzorgnetwerken (voor gemeenten waar nog geen woonzorgzone en/of netwerk aanwezig is). Voor dezelfde zorggebieden hebben

---

<sup>44</sup> Al bleek uit de focusgroepen dat in een aantal van deze gemeenten reeds bepaalde componenten aanwezig waren, zowel op het vlak van samenwerking als op het vlak van de uitbouw van een woonzorgzone. Onder meer de impact van de ZP3-projecten valt hierbij op.

wij in hoofdstuk 5 nagegaan wat de impact is van deze zorgconstellatie op de zorgcoördinatie en samenwerking rond concrete patiëntdossiers in de thuiszorg.

In de gemeenten waar er reeds een woonzorgzone en/of netwerk aanwezig is (in hoofdzaak Zaffelare, Grembergen, Ledeberg, Destelbergen, Sint-Niklaas), werden volgende vragen rond de werking gesteld:

- Welke woonzorgnetwerken en woonzorgzones zijn in de (deel)gemeente aanwezig?
- Welke initiatieven omvat dit?
- Welke partners zijn er betrokken?
- Wie coördineert de samenwerking?
- Wat is de input aan middelen (mankracht, financieel,...)?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de partners? Concurrenten of collega's?
- Welke zijn de knelpunten en succesfactoren?
- Op welke punten kunnen er nog verbeteringen aangebracht worden?
- Waar bevinden zich nog leemten? Zouden in de toekomst nieuwe initiatieven georganiseerd, partners betrokken kunnen worden in het woonzorgnetwerk/de zone?

Daarnaast werd in deze gemeenten ook de impact nagegaan van bepaalde vormen van woonzorgzones en woonzorgnetwerken op de eerstelijnszorg:

- Is er via de nieuwe samenwerkingsvormen en ook in de SEL's:
  - Meer samenwerking met de residentiële sector en onder welke vorm?
  - Kan men ouderen effectief beter uit de residentiële zorg houden en zelfs uit de dagopvang?
  - Wordt familie en patiënt beter betrokken bij zijn eigen dossier?
- Wat is de meerwaarde voor de inwoner/gebruiker? Inzake wonen, zorgaanbod, zorgcontinuïteit.
- Wat is de meerwaarde voor elk van de betrokken partners? Inzake werking, dienstverlening, schaalvoordelen?
- Heeft U de indruk dat het woonzorgnetwerk/de woonzorgzone voldoende gekend is bij de inwoner/gebruiker, bij andere eerstelijnszorgdienstverleners?

In de gemeenten waar nog geen zichtbare woonzorgzones en/of netwerken aanwezig waren (in hoofdzaak Deinze, Stekene, Geraardsbergen) werd de nood aan vormen van woonzorgzones en woonzorgnetwerken getoetst op basis van volgende vragen:

- Ervaart U de behoefte – de noodzaak tot het instellen van een woonzorgnetwerk/zone in uw gemeente? Waarom niet/wel?
- Is er voldoende zorgaanbod, zorgcontinuïteit aanwezig in uw gemeente?
- Is er aandacht voor levenslang wonen?
- Ziet U mogelijkheden tot het benoemen van een woonzorgnetwerk/zone in uw gemeente?
- Wat zou de inhoud hiervan zijn? Welke initiatieven?
- Welke eerstelijnszorgdienstverleners zouden hierbij betrokken moeten worden?
- Rol van de gemeente / OCMW?

Uit de experimenten rond het introduceren van woonzorgnetwerken (periode 2009-2011) in Zaffelare, Grembergen en Ledeberg waren er een aantal leemten gebleken (maaltijden, vervoer, personenalarmsysteem/24-uurszorg, aanpassing woning, betrokkenheid en integratie ouderen en mantelzorgers, vrijwilligers). Naast de opdracht door het HIVA

gedefinieerd om hierop een aantal maanden te focussen door deze experimenten (zie hoofdstuk 2) werd in alle focusgroepen gepeild of deze leemten zich ook daar voordoen (naast eventuele andere leemten) en hoe men hierop inspeelt.

## 4.2 Resultaten

De resultaten uit de focusgroepen zijn op basis van een aantal thema's hieronder verwerkt in deze handleiding. We wensen immers geen gedetailleerd relaas weer te geven per focusgroep, maar enkel te focussen op bepaalde vaststellingen, algemeenheden gepercipieerd in deze focusgroepen. De rijkdom aan initiatieven maakt het ook niet mogelijk om exhaustief te zijn. Het is tegelijk een voorbeeld van de rijkdom van het zorglandschap. Het vormt een beschrijving van de aangeleverde input door de leden uit deze focusgroepen.

### 4.2.1 De impact van de ZP3-projecten en de sterke link met woonzorgnetwerken



Bij de vraag of er woonzorgnetwerken en/of woonzorgzones aanwezig zijn in de gemeente, werd er vaak gerefereerd naar de ZP3-projecten. Zowel in Ledeberg, Grembergen, Deinze en Destelbergen zijn er momenteel ZP3-projecten lopende. In deze gemeenten werd naar de projecten gerefereerd om vormen van samenwerkingsverbanden/woonzorgnetwerken te beschrijven en de uitwerking van bepaalde concepten binnen de woonzorgzone aan te tonen. Maar ook voor het feit dat momenteel geen specifieke samenwerkingsverbanden tussen de thuiszorg en residentiële zorg aanwezig zijn in een gemeente, of er geen implementatie is van een woonzorgzone, worden deze ZP3-projecten aangehaald. Door hun afwezigheid in sommige gemeenten ervaart men immers een gebrek aan (financiële) mid-

delen om tot een uitwerking te komen van deze concepten.

Het RIZIV omschrijft de ZP3-projecten als volgt: “Hierbij kunnen voor een beperkte periode instellingen en organisaties uit de residentiële sector, GDT of Diensten voor thuisverpleging een financiering krijgen voor projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen”.<sup>45</sup> De kenmerken van de projecten van alternatieve en ondersteunende zorg werden in vier categorieën verdeeld:<sup>46</sup>

- **Categorie 1.** – Zorgactiviteiten binnen de diensten en inrichtingen van erkende dagverzorgingscentra ten einde kwetsbare ouderen in staat te stellen verder thuis te verblijven of spoedig naar de thuisomgeving terug te keren;
- **Categorie 2.** – Zorgactiviteiten verleend door de diensten en inrichtingen van erkende dagverzorgingscentra aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie ter aanvulling en ondersteuning van de al bestaande zorgverlening;

<sup>45</sup> [http://www.riziv.fgov.be/care/nl/residential-care/alternative\\_forms](http://www.riziv.fgov.be/care/nl/residential-care/alternative_forms). Hierbij is ook een link aanwezig met het volledig overzicht van lopende ZP3-projecten per Gemeenschap/Gewest.

<sup>46</sup> Art. 3, Koninklijk besluit van 2 juli 2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.



- **Categorie 3.** – Geïntegreerde zorgverlening door meerdere zorgverleners ten einde de continuïteit van de verzorging en zorgondersteuning voor kwetsbare ouderen die op verschillende zorgaanbieders beroep doen, te verzekeren;
- **Categorie 4.** – Zorgondersteuning voor kwetsbare ouderen die in woonvormen verblijven, andere dan in dagverzorgingscentra.

Het is op zich weinig verwonderlijk dat de aanwezigen in de focusgroepen vaak deze projecten vermelden. De ZP3-projecten sluiten immers in sterke mate aan bij wat een woonzorgnetwerk beoogt, met name het garanderen van zorg op maat, zorgcontinuïteit door een functioneel samenwerkingsverband tussen voorzieningen in de thuiszorg en de ouderenzorg. Tegelijk wordt via het ZP3-project soms een aspect van een woonzorgzone gerealiseerd. Door de analyse van deze projecten zou ook reeds de impact op de eerstelijnszorg vastgesteld kunnen worden in de desbetreffende gemeenten. Op basis van de analyse van de overlegdossiers die binnen de SEL-werking plaatsvinden, zal in hoofdstuk 5 hierop ingegaan kunnen worden.

De lopende ZP3-projecten worden uitgebreid opgevolgd en wetenschappelijk geëvalueerd. Zo zal er in 2014 een eindrapportering plaatsvinden van deze ZP3-projecten. “Die evaluatie zal gaan over het effect van de projecten op de situatie (zorgnood, zorggebruik,...) van de cliënt en diens mantelzorger (kwantitatief), op de kostprijs voor de cliënt en de mantelzorger en voor de overheid (kwantitatief) en op de kwaliteit van leven van de cliënt (kwantitatief). Tevens gebeuren er een kwalitatieve implementatie-analyse (welke omstandigheden/context zorgen dat een project al dan niet in zijn opzet slaagt) en een aantal case-studies”.<sup>47</sup>

In volgende gaan wij in op de ZP3-projecten die lopen in bepaalde van de geselecteerde (deel)gemeenten.

Betreffende 24-uurszorg is er in Ledeberg een ZP3-project lopende dat nachtopvang faciliteert in het WZC De Vijvers. Het project richt zich “tot 60-plussers en hun mantelzorgers die onvoldoende beroep kunnen doen op thuiszorg gedurende de nacht”.<sup>48</sup> In Destelbergen wordt eveneens ingespeeld op de nood aan 24-uurszorg door de creatie van een ambulante nachtdienst aan huis. Hierbij wordt hulp aangeboden aan thuiswonende verzorgingsbehoevende ouderen tussen 22u en 5u, 7 dagen op 7. Deze hulp kan reeds geprogrammeerd/ingepland zijn (bv. vaste tijdstippen toedienen medicatie,...) maar ook aangeboden worden als gevolg van een oproep via een personenalarmsysteem.<sup>49</sup>

Het SOM+ project lopende in Grembergen heeft als doelstelling “kandidaat-bewoners die zich aanmelden op een wachtlijst in een WZC en andere ouderen waarbij de grens van een reguliere haalbare, kwalitatieve thuiszorg bereikt wordt, een geïntegreerd zorgondersteunend aanbod aan te bieden. Met dit ‘zorgtraject-op-maat’ wil men de zelfzorg van de ouderen stimuleren, zodat ze langer op een kwalitatieve manier thuis kunnen blijven en dat een opname in een woon- en zorgcentrum uitgesteld of overbodig wordt. Dit geïntegreerd

<sup>47</sup> Geciteerd uit informatie bekomen bij Prof. dr. Anja Declercq, LUCAS - KULeuven

<sup>48</sup> Art. 3, Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en “Nachtopvang in woonzorgcentrum De Vijvers” betreffende de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

<sup>49</sup> Art. 3, Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en “Ambulante nachtdienst aan huis” betreffende de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.



zorgaanbod wordt gerealiseerd door een structurele samenwerking tussen de intramurale en extramurale sector”.<sup>50</sup> Ook in Deinze tracht men door het creëren van een geïntegreerd zorgaanbod personen “langer op een kwalitatieve manier thuis te laten wonen in afwachting van een residentiële opname”. Het accent ligt hierbij op “zorgcoördinatie, een zorgtraject op maat en verbreding van het zorgaanbod via paramedisch aanbod (kiné-ergo-logo), extra verpleegkundige interventies, een pakket aan activiteiten en begeleiding voor de kwetsbare ouderen in het WZC, lokaal dienstencentrum en residentiële nachtopvang”.<sup>51</sup>

In Ledeberg is er eveneens begeleiding voorzien bij kwetsbare ouderen door een psychologe verbonden aan het WZC De Vijvers. De doorverwijzing gebeurt door de maatschappelijk werker, de ergotherapeut aan huis, de thuisverplegingsdiensten en de huisartsen.<sup>52</sup>

Ten slotte zijn zowel Destelbergen als Ledeberg (OCMW Gent) betrokken in een ZP3-project waarbij gestreefd wordt “naar een uitbreiding van het zorgaanbod (met nachttoer, professionele alarmopvolging, crisisopvang, dagopvang volgens aangepaste uurregeling, advies door ergotherapeut in het kader van hulpmiddelen en woningaanpassing) en door een betere afstemming van het zorgaanbod, de continuïteit van de zorgverlening voor personen die complex en/of langdurige verzorging nodigen hebben, te waarborgen”.<sup>53</sup>

#### 4.2.2 Inhoud van het woonzorgnetwerk en de woonzorgzone

In de focusgroepen werd gesteld dat een samenwerkingsverband voornamelijk dient te focussen op wat nog niet/onvoldoende aangeboden wordt (de zogenaamde blinde vlekken in het zorglandschap). Het is het aanvullend aanbieden van diensten naast deze die reeds aangeboden worden door thuiszorgdiensten, ziekenfondsen, ... Tegelijk kan samenwerking ervoor zorgen dat de reeds bestaande dienstverlening gegarandeerd wordt (zorgcontinuïteit), efficiënter en flexibeler wordt ingezet en op maat is van de cliënt.

De aanwezigheid van een meld- en informatiepunt kan de toegang tot de ouderenzorg faciliteren en is zowel een aspect binnen het concept ‘woonzorgzone’ als binnen het concept ‘woonzorgnetwerk’. Vaak wordt dit ondergebracht in een sociaal huis (onder het beheer van het OCMW). Maar ook ziekenfondsen en thuiszorgdiensten beschikken over een soortgelijk meldpunt.<sup>54</sup> Regelmatig werd in de focusgroepen gesteld dat er dient vermeden te worden dat verschillende (fysieke) meldpunten in de wijk worden gecreëerd handelend over andere woonzorgnetwerken. De inwoner/cliënt moet immers het overzicht behouden.

---

<sup>50</sup> Art. 3, Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en “‘SOM+’, Samenwerken op maat levert een plus op!” betreffende de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

<sup>51</sup> Art. 3, Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en “ADD (Aalter – Deinze – Drogen) = toevoegen, waarde verhogend” betreffende de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

<sup>52</sup> Art. 3, Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en “Psychologische begeleiding van kwetsbare ouderen (60+) en hun mantelzorgers” betreffende de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

<sup>53</sup> Art. 3, Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en “Thuiszorgzekerheid door een gecoördineerd en integraal zorgpakket” betreffende de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

<sup>54</sup> Zo is er onder meer de zorgtelefoon wat een samenwerking is tussen de CM, Familiehulp, Familiezorg en het Wit-Gele Kruis.



Maar hier speelt natuurlijk het vrij initiatief.<sup>55</sup> Over het aantal meldpunten binnen hetzelfde woonzorgnetwerk werd geen uitspraak gedaan.<sup>56</sup> Ook dient de neutraliteit bewaakt te worden. Soms wordt immers maar beperkte informatie geboden over de beschikbare dienstverlening. Vaak gaat het hierbij enkel over de dienstverlening van de betrokken voorzieningen. Het openstellen tot andere diensten als consultatieruimte (of het informeren over hun dienstverlening) lijkt daarom wenselijk voor de meeste aanwezigen in de focusgroepen. Het zorgt er ook voor dat er voldoende permanentie kan gegarandeerd worden. Het loket dient ook geplaatst te worden in een omgeving die reeds gekend is.

Echter lijkt het ook nodig om de stap naar de bewoner zelf te zetten (bv. door medewerker sociaal huis, de ergotherapeut, de wijkagent,...). Het organiseren van huisbezoeken bij ouderen (80-plussers) kent meer en meer zijn intrede. Hierbij kan de inwoner geïnformeerd worden over de aanwezige (zorg)voorzieningen en kan worden nagegaan wat de eventuele (zorg)noden zijn. Noden kunnen zich voordoen op het vlak van woningaanpassing (eventueel ook informeren over de te bekomen premies), huishulp, vrijetijdsinvulling en eenzaamheid. Hierbij wordt ook steeds vaker een ergotherapeut (voor woningaanpassing) en een psychologe ingeschakeld. Deze personen kunnen verbonden zijn aan andere diensten (bijvoorbeeld WZC). Vraag is hoe de personen gecontacteerd worden, met name schrijft men ze eerst aan en vraagt men de goedkeuring, of verwittigt men de inwoner van het bezoek zonder de goedkeuring te vragen, of gaat men gewoon spontaan langs. Dit verschilt van gemeente tot gemeente.

#### 4.2.3 Bekendheid van en communicatie rond het woonzorgnetwerk en de woonzorgzone

In de twee gemeenten, met name Ledeberg en Destelbergen, waar er sprake is van een woonzorgzone, wordt dit niet onder de algemene noemer van een 'woonzorgzone' gepromoot. De verschillende componenten worden via verschillende kanalen bekend gemaakt (bv. via flyers). De bekendheid van de projecten kan echter zelfs binnen de interne werking nog beter. Een toenemende naambekendheid zou een positieve impact moeten hebben op het aantal doorverwijzingen door betrokken en niet-betrokken zorgverstrekkers. Ook zou de bekendheid zichtbaar moeten zijn in de mate waarin men uitgenodigd wordt in een SEL-overleg en de mate waarin men betrokken is bij de taakinvulling bij de cliënt. Dit zal nagegaan worden in hoofdstuk 5 wanneer de overlegdossiers besproken worden.

<sup>55</sup> In de memorie van toelichting wordt gesteld dat 50% van de aanwezige zorgaanbieders in het werkgebied van het woonzorgnetwerk zou moeten worden uitgenodigd tot participatie in het woonzorgnetwerk. Dit veronderstelt op zich bijna dat er maar één woonzorgnetwerk wordt gecreëerd.

<sup>56</sup> Het Woonzorgdecreet spreekt m.b.t. de rol van woonzorgnetwerken van 'één aanmelding'. Dit laat meerdere meldpunten toe, maar veronderstelt dat zij 'geschakeld' zijn.

#### 4.2.4 De positie van het woonzorgnetwerk en de woonzorgzone

Wanneer men cliëntgericht wil werken moet de neutraliteit bewaakt worden. Een vaak gehoorde vraag in de focusgroepen is of het netwerk zich niet gaat beperken tot het doorverwijzen naar betrokken partners en dus niet buiten het netwerk zal treden. Eventuele verzuiling kan hierdoor in de hand worden gewerkt. Daarom werd geopperd dat er gestreefd moet worden naar een zo breed mogelijk bereik van het netwerk waarbij de partner die de coördinatie op zich neemt voor de nodige neutraliteit dient te zorgen.

#### 4.2.5 De limieten van het woonzorgnetwerk en de woonzorgzone

Eén van de belangrijkste doelstellingen is het langer op een kwalitatieve manier thuis te laten wonen van zorgbehoevende ouderen in afwachting van een residentiële opname. Het is op het juiste moment, de juiste zorg aanbieden. Vraag is of er ook effectief langer uitstel van opname bekomen wordt. De bevroegde actoren zien het eerder als het beter begeleiden van cliënten, het gemakkelijker en geleidelijker maken van een overgang naar residentiële zorg. Ook zal er volgens hen een verdere specialisatie van het thuiszorgpersoneel noodzakelijk zijn. Niet elk zorgprofiel vraagt immers eenzelfde behandeling. Onder meer omgaan met dementie zal hieromtrent één van de grote uitdagingen zijn. In de Provincie Oost-Vlaanderen zijn er twee regionale expertisecentra dementie gevestigd, met name Meander in Dendermonde en Paradox in Gent.<sup>57</sup> In de opgelijste samenwerkingsverbanden door de WZC in de elektronische bevraging zagen we alvast enkele malen deze expertisecentra dementie terugkomen naast ook de organisatie van praatcafés rond dementie, echter nog maar in beperkte mate.

#### 4.2.6 Ondersteuning door gemeentelijke/stedelijke diensten

Om bepaalde aspecten uit de woonzorgzone, en bij uitbreiding het woonzorgservicegebied te creëren lijkt volgens de aanwezigen in de focusgroepen de ondersteuning van de gemeentelijke/stedelijke diensten gewenst. Hierbij werd onder meer gerefereerd naar het instellen van een loopcirkel om een verkeersveilige omgeving te creëren, het installeren van een meldpunt dat de toegang tot de ouderenzorg faciliteert,....

#### 4.2.7 Is er nood aan woonzorgnetwerken en woonzorgzones?

Niet in elke gemeente zijn er specifieke samenwerkingsverbanden aanwezig of worden er initiatieven ondernomen om tot de uitbouw van een woonzorgzone of een woonzorgservicegebied te komen. In de focusgroepen werd regelmatig gesteld dat er op het terrein reeds in grote mate wordt samenwerkt tussen diensten. Probleem is echter dat dit vaak afhangt van het persoonlijke netwerk van de zorgverlener. Hierdoor ontstaan mogelijks wel grote verschillen tussen personen, regio's en betrokken zorgvoorzieningen. Tegelijk kan deze zorgverlener nooit een volledig zicht hebben op het zorg-, welzijns-, en woonaanbod in een specifieke regio. Dit is ook het beeld dat we vaststelden tijdens de focusgroepen, met name mensen leerden er elkaar en de dienstverlening kennen. De nood aan het kennen en bespreken van de lokale problemen en werking met alle betrokken actoren is een

---

<sup>57</sup> Zie ook <http://www.dementie.be>

regelmatig gehoorde opmerking in de focusgroepen. De gewezen SIT's maakten dit volgens sommige aanwezigen in de focusgroepen meer dan nu mogelijk.

Volgens de bevroagde diensten/voorzieningen zullen door de toenemende vraag naar thuiszorg de thuiszorgdiensten wel verplicht worden om meer samen te werken. Kwalitatieve dienstverlening (specialisering) gaat immers boven kwantiteit, dit zowel ten gunste van het personeel als de cliënt.

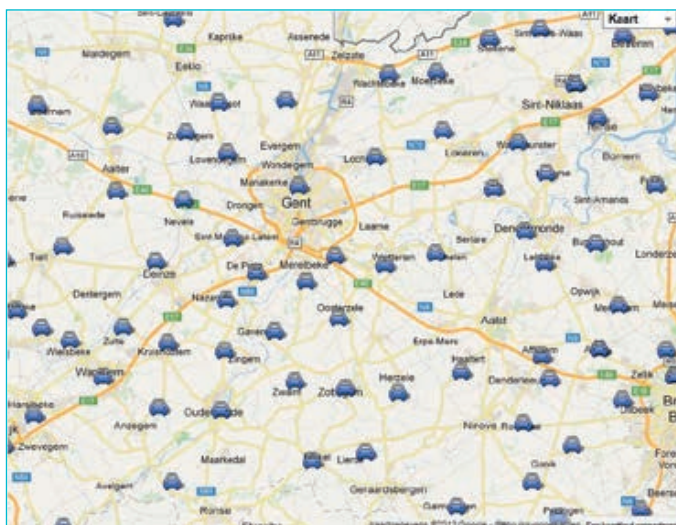
Het uitstippelen van een traject voor de cliënt veronderstelt ontegensprekelijk een nauwere samenwerking tussen thuiszorg en ouderenzorg. Op basis van de elektronische bevraging stelden we reeds vast dat dit nog volop in ontwikkeling is. Maar ook in de focusgroepen werd maar sporadisch melding gemaakt van een samenwerking tussen beide 'werelden'.

## 4.2.8 Vastgestelde leemten en hiaten

### 4.2.8.1 Vervoer

Het gebrek aan vervoersmogelijkheden op maat van (zorgbehoevende) ouderen is een frequent aangehaald probleem. Het vervoer van niet-dringend ziekenvervoer blijkt in bepaalde mate opgevangen te worden door de ziekenfondsen. Soms organiseren zij zelf het vervoer en soms komen zij (gedeeltelijk) tussen in de vervoerkosten. Het aanbod van vervoer dat niet medisch gerelateerd is en vaak gaat over korte afstanden blijkt een groter probleem te vormen. Eén van de meest aangehaalde oplossingen, is het gebruik van de Minder Mobielen Centrales. Deze dienstverlening wordt aangeboden door een gemeente, een OCMW of een andere organisatie met als doel verplaatsingsmogelijkheden aan te bieden aan mensen met een laag inkomen en een beperkte mobiliteit. Niet iedereen kan dus beroep doen op deze dienstverlening. Zo mag het inkomen niet hoger zijn dan twee keer het leefloon en kan men geen gebruik maken van het openbaar vervoer omwille van ziekte, ouderdom of handicap. Voor een bedrag van 10 euro per jaar kan het lid telefonisch ritten aanvragen bij de centrale van de gemeente waar men ingeschreven is. Deze aanvragen gebeuren 48 uur op voorhand. De onkostenvergoeding die men aan de chauffeur betaalt is gemiddeld 0,30 euro/km. Voor het vervoer wordt beroep gedaan op vrijwilligers. Een gemeentebestuur, OCMW of andere organisatie kan dus zelf een Minder Mobielen Centrale opstarten. Eén van de ervaren moeilijkheden is het aantrekken en behouden van vrijwilligers. Daarnaast wordt er zeer intensief gebruik gemaakt van de dienst waardoor het aanbod niet steeds tegemoet kan komen aan de vraag. Onderstaande figuur biedt een overzicht van de Minder Mobielen Centrales in Oost-Vlaanderen.

**Figuur 4.1** Overzicht Minder Mobielen Centrales Oost-Vlaanderen



BRON <http://www.mindermobielencentrale.be/>

De vraag naar vervoer komt het sterkst tot uiting bij personen die gebruik maken van een dagverzorgingscentra. Het dagverzorgingscentra dient wel aangepast vervoer aan te bieden,<sup>58</sup> evenwel kan dit een belangrijk supplement vormen op de dagprijs. Sommige voorzieningen beschikken zelf over een (aangepast) vervoersmiddel, andere doen dit in samenwerking met private (erkende) initiatieven. Vaak wordt hierbij teruggegrepen naar het gebruik van dienstencheques. De wetgeving laat immers toe dat begeleid vervoer van personen met een beperkte mobiliteit betaald kan worden met dienstencheques.<sup>59</sup> Dit houdt in dat mindervaliden onder begeleiding vervoerd worden met daartoe speciaal uitgeruste voertuigen, waarvoor de Federale Overheidsdienst Mobiliteit en Vervoer een attest heeft afgeleverd. Personen van minstens 60 jaar die prestaties genieten verstrekt door een door de bevoegde overheid erkende dienst voor gezins- en bejaardenhulp worden met de mindervaliden gelijkgesteld. Voor deze personen zal echter geen aangepast voertuig noodzakelijk zijn.

Vele gemeenten/steden worden geconfronteerd met de uitdaging om een voldoende ruim aanbod aan vervoer te organiseren. Door beroep te doen op vrijwilligers of gesubsidieerde arbeidskrachten (bv. SINE-tewerkstelling) wordt in sommige gemeenten./steden alvast de loonkost beperkt. Tegelijk dient de kostprijs voor de gebruiker ook gedrukt te worden. Ook hier wordt soms op ingespeeld door de kostprijs te bepalen volgens het persoonlijk inkomen (bv. in Destelbergen).<sup>60</sup>

<sup>58</sup> Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers. Bijlage IX. Dagverzorgingscentra.

<sup>59</sup> Koninklijk besluit van 12 december 2001 betreffende de dienstencheques.

<sup>60</sup> Maar door het instellen van een inkomensplafond (zoals bij de Minder Mobielen Centrales) sluit men ook personen uit die hulpbehoevend zijn.



#### 4.2.8.2 Vrijwilligers

Heel wat voorzieningen in de thuis- en ouderenzorg ervaren een tekort aan vrijwilligers. Veel activiteiten vragen immers de inzet van vrijwilligers (wandelen, hulp bij maaltijden, vervoer, oppas,...). Zij worden overbevraagd in het ruime aanbod aan mogelijke vrijwillige dienstverlening. Tegelijk wordt het aantrekken van jonge vrijwilligers (vaak 'jong gepensioneerd') als zeer moeilijk ervaren. Hierdoor moet men vaak beroep doen op een reeds oudere populatie.

Er is een ook grote behoefte binnen de vrijwillige nachtoppas. Diensten zijn steeds op zoek naar voldoende vrijwilligers. Het gemis aan voldoende vrijwilligers wordt door de voorzieningen/diensten vooral ervaren bij acute crisissituaties.

Door het feit dat het vrijwilligerswerk gebeurt binnen een zorgvragende omgeving maakt dit het extra belastend. Dit veronderstelt ook een goede ondersteuning en begeleiding. Er werd geopperd dat het werken met een vrijwilligerscoördinator hierbij kan helpen.

#### 4.2.8.3 Maaltijden

Er bestaat een ruim aanbod aan mogelijkheden om een maaltijd te laten brengen aan huis. Zowel diensten gezinszorg (zij koken zelf), ziekenfondsen, als private diensten (traiteurs) voorzien hierin. Daarnaast stellen we vast dat WZC soms hun restaurant openstellen (bv. in Grembergen en Zaffelare) tot externen en dat soms binnen een lokaal dienstencentrum (bv. in Destelbergen en Sint-Niklaas) of een 'welzijnsknoop' (bv. in Ledeberg) een (sociaal) restaurant wordt geopend. Aangehaalde redenen om het restaurant van het WZC niet uit te breiden naar externen zijn de BTW-wetgeving, de HACCP-normen inzake voedselveiligheid en de implicaties op de personeelsallocatie.



De maaltijdvoorziening in het weekend wordt niet in elke gemeente even goed gewaarborgd. Maaltijden worden de vrijdag voor het weekend reeds klaargeemaakt, of er is enkel een koude lijn beschikbaar, of er wordt beroep gedaan op een traiteur. In het weekend stelt men hierdoor een grotere belasting van de mantelzorger vast en dient er meer ingespeeld te worden op de haalfunctie om mensen ter plaatse te brengen (bv. naar plaatselijke brasserie of restaurant, restaurant WZC, lokaal dienstencentrum,...).

#### 4.2.8.4 Aangepaste woningen

Er worden steeds vaker ergotherapeuten ingezet die een bezoek aan huis brengen in het kader van hulpmiddelen, woningaanpassing, valpreventie (bv. in

Ledeberg en Destelbergen, maar ook door de ziekenfondsen).

Men ervaart vaak ook een bepaalde weerstand van de bewoner tegenover mogelijke woningaanpassingen. Men tracht de eventuele aanpassingen dan ook te doen op het tempo van de bewoner. Hierdoor is er duidelijk nood aan een goede opvolging wanneer beslist wordt om de woning aan te passen (afspraken maken, financiële opvolging). Het louter informeren van de cliënt over mogelijke aanpassingen is dus maar een eerste stap in het proces. De dienst/onderneming (bv. dienst karweihulp, klusjesdienst ziekenfonds,

private onderneming) die de woningaanpassing uitvoert, verschilt vaak naargelang gemeente of naargelang de uit te voeren werken.

Men ervaart ook een nood aan een grotere bewustmaking op het gebied van aangepast en levenslang wonen, dit zowel bij de inwoner, de architect als de aannemer. Het Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid (ENTER vzw)<sup>61</sup> levert hierbij alvast in opvolging van het Platform Wonen van Ouderen belangrijke informatie, onder meer via de publicatie van de 'Ontwerpgids meegroeiwonen'<sup>62</sup> (update van de 'Ontwerpgids Levenslang wonen' (Platform Wonen van Ouderen, 1999)). Eveneens kan men op de website van 'De Zilveren Sleutel' terecht voor heel concrete informatie rond aangepast wonen.<sup>63</sup>

De vraag werd regelmatig gesteld of het niet aangepast zijn van een woning wel een belangrijke reden vormt tot opname in een residentiële zorg. Vele inwoners accepteren immers de toestand van de woning en hebben er leren met leven. Het is wellicht wel één van de vele factoren om de stap te zetten naar bijvoorbeeld een aangepaste woonvorm zoals een serviceflat.

De sterke focus op het aangepast zijn van de woning en het gebruik van hulpmiddelen naargelang de zorgbehoefte en mobiliteit van de oudere inwoner mag ons niet wegleiden van de essentie van wonen, met name een bewoonbare en leefbare woning. Dit werd heel terecht aangehaald op één van de focusgroepen. Sommige huizen kunnen immers dermate verouderd zijn dat ze niet langer voldoen aan het algemene basiscomfort (= dubbele beglazing, voldoende geïsoleerd, veilige en gekeurde verwarming, aanwezigheid van basisvoorzieningen,...). Hierbij werd geconcludeerd dat het in de eerste plaats deze noden zijn die dienen aangepakt te worden.

#### 4.2.8.5 Betrokkenheid en integratie ouderen en mantelzorgers

Onder meer wordt er oppashulp aangeboden door diensten gezinszorg en ziekenfondsen bij eenzame ouderen. Het initiatief van de 'telefoonster'<sup>64</sup> (bv. in Ledeberg en Destelbergen) waarbij ouderen op een bepaald tijdstip worden opgebeld, kan eveneens vereenzaming in bepaalde mate tegengaan.

Men ziet ook een belangrijke rol weggelegd voor ouderenverenigingen bij de preventie van vereenzaming. Door het openstellen van activiteiten kunnen WZC ook een rol van betekenis spelen. Maar ook een lokaal dienstencentrum kan dit faciliteren. Belangrijk aspect is wel steeds het mogelijke vervoersprobleem.

Eenzaamheid wordt als één van de belangrijke redenen aangehaald bij de stap naar residentiële zorg. Door in te spelen op het welzijnsaspect bij sommige ouderen, soms meer dan het zorgaspect, kan dit geremedieerd worden.

De mogelijkheid om als mantelzorger betrokken te worden in de zorg is volgens sommigen afgenomen (in hoofdzaak omwille van beroepsredenen). Echter is de betrokkenheid van de mantelzorger nodig om meer info te verwerven over de cliënt of vaak ook voor bijstand gedurende het weekend. Er dient ook een onderscheid gemaakt te worden tussen

---

<sup>61</sup> <http://www.entervzw.be>

<sup>62</sup> <http://www.meegroeiwonen.info>

<sup>63</sup> <http://www.dezilverensleutel.be>

<sup>64</sup> Een telefoonster bestaat uit een aantal medewerkers, meestal vrijwilligers, die dagelijks op een afgesproken tijdstip ouderen opbellen om met hen een conversatie te hebben.

de mantelzorger als familielid en de mantelzorger als derde (bijvoorbeeld een buur). Er rust soms een zware verantwoordelijkheid op die persoon zonder dat hij daarom dicht bij de cliënt staat.

#### 4.2.8.6 24-uurszorg – nachtopvang - personenalarmsysteem

Domotica laat toe 24-uursopvolging te voorzien zonder dat iemand fysiek aanwezig dient te zijn.<sup>65</sup> Zo is er o.a. het personenalarmsysteem dat ook verder uitgebreid kan worden (bv. brandalarm). Zowel in Destelbergen als in Ledeberg wordt het personenalarmsysteem aangeboden onder de formule waarbij het niet langer nodig is om over drie mantelzorgers te beschikken. Zo komt in Destelbergen via de ambulante nachtdienst een professionele medewerker op één te staan en niet langer de mantelzorger. Maar ook het Wit-Gele Kruis organiseert interventies voor het personenalarmsysteem via eigen verpleegkundigen. Het personenalarmsysteem met professionelen wordt door velen als een grote meerwaarde beschouwd aangezien nu ook personen zonder de nodige drie mantelzorgers 24-uursopvolging verkrijgen.

Daarnaast beschikken een aantal WZC over een beperkt aantal bedden voor crisisopvang.

Nachtoppas wordt georganiseerd door de ziekenfondsen waarbij beroep wordt gedaan op vrijwilligers. Nachtzorg (door verzorgenden en/of vrijwilligers) wordt georganiseerd door erkende diensten gezinszorg. Evenwel stellen we vast dat nachtoppas/zorg zich beperkt tot bepaalde regio's en dus nog verder kan uitgebreid worden.

Maar 24-uurszorg is daarom niet steeds crisisopvang. Het kan ook zorg op afroep zijn voor gewone, dagdagelijkse problemen.<sup>66</sup>

Algemeen werd gesteld dat de limieten van thuiszorg op een bepaald moment bereikt kunnen worden. De budgettaire kostprijs voor de cliënt bij intensieve thuiszorg en 24-uurszorg kunnen deze van residentiële zorg dan overschrijden.

### 4.3 Besluit

We wensen in dit besluit nog een aantal punten aan te halen die regelmatig werden aangehaald in de focusgroepen:

- Er moet eerst een goed zicht gekregen worden op het huidige zorglandschap. Welke diensten worden er aangeboden en welke voorzieningen zijn er gehuisvest/actief? De algemene doelstelling moet immers zijn om een soortgelijk zorgaanbod aan te bieden, waarbij men niet langer afhankelijk is van de gemeente/stad waar men woonachtig is.
- Groot belang is dat de diensten elkaar leren kennen. Hoe breder het netwerk, hoe groter de kans immers op een goede doorverwijzing. Door het opstarten van een samenwerking wordt vermeden dat de cliënt afhankelijk is van het persoonlijke netwerk van de dienstverlener.
- Het detecteren van hulpvragen is cruciaal. Er moet immers vermeden worden dat mensen door de mazen van het net glijden op het gebied van thuiszorg. Het komt

---

<sup>65</sup> Zie ook Peetermans, Hedeboom, Pacolet, Devoldere, D'Haene, Pouillie, Botteldoorn, Grymonpreze & Ameel (2004)

<sup>66</sup> Dit vergt dan wel een flexibele invulling van thuishulp en thuiszorg.



voor dat pas bij een vraag tot opname in een WZC kennis wordt gemaakt met de alternatieve zorgondersteuning via de thuiszorg. Door het informeren van zorgbehoevende ouderen over thuiszorg wanneer zij opgenomen worden in het ziekenhuis, door de creatie van een meld- en informatiepunt en door het organiseren van huisbezoeken bij ouderen kunnen noden inzake zorg, welzijn en wonen vastgesteld worden. Ook de rol van de huisarts staat hier centraal (cfr. de definitie voor de woonzorgnetwerken).

- Regelmatig werd de vraag gesteld of er van de thuiszorg soms niet te veel gevraagd wordt. Zorgbehoevenden hebben vaak een heel divers zorgprofiel (personen met dementie, personen op de wachtlijst van een WZC, personen met een handicap, personen met geestelijke gezondheidsproblemen,...) waardoor er gestreefd moet worden naar zorg op maat. De zorgverleners beschikken echter niet steeds over de expertise om aangepaste zorg aan te bieden. De nood aan/vraag naar expertenteams (inzake dementie, geestelijke gezondheidszorg,...) in de thuiszorg doet zich daarom voor. Tegelijk zorgt de veroudering van de werknemers binnen de thuiszorg voor een extra uitdaging.
- De zorgcontinuïteit kan niet altijd gegarandeerd door de wachtlijsten in de residentiële zorg. In afwachting van opname zal de zorgbehoevendheid toenemen terwijl er nood is aan zorg die niet via thuiszorg geboden kan worden. Eveneens wil men vermijden dat ouderen over korte perioden worden opgenomen over verschillende residentiële voorzieningen in afwachting van een definitieve opname.
- Er is een plethora aan thuiszorg- en ouderenzorgvoorzieningen aanwezig waardoor diensten/voorzieningen actief in een zelfde regio elkaar niet meer kennen. Een volledig overzicht van deze diensten en wat zij aanbieden is zelfs op basis van de sociale kaart niet mogelijk. Voornamelijk in grote gemeenten en steden verliest men het overzicht. Het maakt het voor de cliënt onoverzichtelijk waardoor hij zich mogelijks zal beperken tot de voorzieningen die bekend voor hem zijn, zonder de garantie van zorg op maat.
- De grootste leemten blijken op basis van de focusgroep zich voornamelijk voor te doen op het gebied van vervoer op maat en nachtopvang.







## impact woonzorgnetwerken op de eerstelijnszorg: toetsen van overlegdossiers

### 5.1 Situering

Aan de SEL-coördinatoren werd gevraagd om 20 overlegdossiers (multidisciplinair overleg – MDO) te selecteren voor elk gemeente waar een focusgroep werd georganiseerd. Het ging hierbij om de 3 gemeenten betrokken bij het provinciaal project (met name Zaffelare, Ledeberg en Grembergen) en de 5 zogenaamde controlegemeenten (Sint-Niklaas, Stekene, Destelbergen, Deinze en Geraardsbergen). Hierbij wensten wij de impact na te gaan van sommige initiatieven op het gebied van de creatie van woonzorgzones en/of woonzorgnetwerken op de eerstelijnszorg. De geanalyseerde overlegdossiers omvatten echter een zeer specifieke groep van (zwaar) hulpbehoevende personen. Een algemene uitspraak over de impact van bepaalde initiatieven op de eerstelijnszorg kan dus niet gedaan worden. Evenwel vormen zwaar hulpbehoevende personen wel een doelgroep waarop de meeste initiatieven zich in de eerste plaats zouden moeten richten. Hun huidige zorgcontext (inzake huidige fysieke en psychische toestand, inzake verzorging, inzake maaltijden, inzake persoonlijk netwerk, inzake wooncomfort, inzake mantelzorg) mag/kan immers een tussenkomst van een bepaald initiatief/netwerk veronderstellen.

De Provincie Oost-Vlaanderen omvat drie samenwerkingsinitiatieven eerstelijnszorg (SEL), met name de SEL Gent, de SEL Aalst en de SEL Waasland.<sup>67</sup> Een SEL is een door de Vlaamse Regering erkend samenwerkingsverband van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en eventueel van vertegenwoordigers van mantelzorgers of vrijwilligers, dat gericht is op de

<sup>67</sup> Soms wordt de SEL verder opgesplitst in zogenaamde deel-SEL's welke zich nog meer focussen op de lokale werking en op lokale projecten. Zo is de SEL Gent ingedeeld in 5 subregio's: Gent, Schelde en Leie, Vlaamse Ardennen, Oost, Meetjesland. De SEL Aalst is verder ingedeeld in 3 subregio's: Aalst, Dendermonde, Ninove-Geraardsbergen. Binnen de SEL Waasland zijn er vijf lokale werkingen actief: Sint-Niklaas, Beveren, Stekene-Sint-Gillis-Waas, Hamme-Waasmunster, Temse-Kruibeke.

optimalisatie van de zorg binnen een geografisch afgebakend werkgebied.<sup>68</sup> Een SEL richt zich tot de zorgbehoevende gebruikers en hun omgeving, de zorgaanbieders en de bevolking. De opdrachten en de taken van een SEL zijn de volgende:<sup>69</sup>

- het opmaken en regelmatig actualiseren van een volledig overzicht van de zorgaanbieders, verenigingen van mantelzorgers en gebruikers en de vrijwilligersorganisaties binnen zijn eigen werkgebied. Dat overzicht wordt ter beschikking gesteld, onder andere, via een website die voor iedereen toegankelijk is;<sup>70</sup>
- het actief bekendmaken van het geactualiseerde overzicht aan de kleinstedelijke afdelingen van een SEL, de zorgaanbieders, de vrijwilligersorganisaties en de verenigingen van mantelzorgers en de gebruikers binnen het werkgebied van een SEL;
- het sluiten van samenwerkingsovereenkomsten met minstens de ziekenhuizen, woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf om het zorgcontinuüm te verzekeren. Die overeenkomsten hebben tot doel een vlotte overgang te realiseren van de thuissituatie naar een residentiële of semi-residentiële voorziening of ziekenhuis en omgekeerd;
- het ondersteunen van de progressieve invoering van multidisciplinaire zorgtrajecten;
- het aanreiken en promoten van het elektronische zorgplan;
- het organiseren of ondersteunen van multidisciplinaire vormingen om de zorgaanbieders, onder meer, te leren omgaan met multidisciplinaire zorgtrajecten, om de multidisciplinaire samenwerking te bevorderen en om het gebruik van elektronische zorgplannen en andere elektronische toepassingen te ondersteunen;
- het bewaken van de procedures die betrekking hebben op de evaluatie van het zelfzorgvermogen en de kwaliteitsvolle uitwerking van het zorgplan;



- het verlenen van adviezen, op eigen initiatief of op verzoek van de Vlaamse overheid, en het signaleren aan het agentschap van goedepraktijk-voorbeelden en van eventuele probleemsituaties;
- het toezicht houden op de organisatie van een multidisciplinair overleg in het kader van een zorgplan door de gebruiker zelf, zijn wettelijke vertegenwoordiger, een mantelzorger, een vrijwilliger of zorgaanbieder;
- het faciliteren van het multidisciplinair overleg door de personen, vermeld in bovenstaand punt, indien gewenst, toe te leiden naar een regionaal dienstencentrum of een sociale dienst van een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of naar een zorgaanbieder die zijn bereidheid

<sup>68</sup> Art. 1, 13°, Besluit van 19 december 2008 van de Vlaamse Regering betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnszorg. Zie ook Hoofdstuk IV, Decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

<sup>69</sup> Art. 3, Besluit van 19 december 2008 van de Vlaamse Regering betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnszorg.

<sup>70</sup> Voor het overzicht van zorgaanbieders wordt vaak verwezen naar 'De Sociale Kaart'. Hierin zijn de commerciële voorzieningen en vrije beroepen niet opgenomen waardoor maar een gedeelte van het zorglandschap in beeld komt.

hiertoe kenbaar gemaakt heeft aan een SEL of aan een kleinstedelijke afdeling van een SEL voor de organisatie van dit multidisciplinair overleg.

- het zelf organiseren van een multidisciplinair overleg als de organisaties nalaten dat overleg te laten plaatsvinden binnen een redelijke termijn na de aanvraag tot overleg en in ieder geval binnen de termijn van een maand;
- het adviseren van de lokale besturen bij de opmaak van het onderdeel eerste lijn van hun lokaal sociaal beleidsplan.<sup>71</sup>

Naast de erkenning door de Vlaamse Overheid als SEL, kan ook een GDT-erkenning van de Federale Overheid bekomen worden. Deze erkenning voorziet in een aantal opdrachten voor de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT's), zoals het ondersteunen van het multidisciplinaire overleg rond een zorgbehoevende patiënt. Een geïntegreerde dienst voor thuisverzorging is een gezondheidszorgvoorziening die, per zorgzone, het geheel van de patiëntenzorg versterkt onder meer via praktische organisatie en ondersteuning van verstrekkingen in het kader van de thuisverzorging, waarbij de tussenkomst van beroepsbeoefenaars van verschillende disciplines vereist is.<sup>72</sup> Met het oog op een coherent, toegankelijk en een aan de patiënt aangepast zorgaanbod, heeft de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging de algemene opdracht te waken over de opvolging van de informatie en ondersteuning doorheen het ganse zorgproces en dit zowel ten opzichte van de zorgverstrekker als ten opzichte van de patiënt. Bovendien heeft de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging in het algemeen als taak de samenwerking tussen haar leden te bevorderen. Dit kan onder meer gebeuren door het optimaliseren van de informatie-uitwisseling tussen haar leden door onder andere het organiseren van informatie- en coördinatievergaderingen of door het ter beschikking stellen van administratieve en technische ondersteuning.<sup>73</sup>

Het multidisciplinair overleg (MDO), ondersteund door de SEL/GDT, dient te leiden tot een betere zorg op maat. Het is het afstemmen van het zorgaanbod/de dienstverlening op de zorgsituatie van de zwaar hulpbehoevende persoon. De aanwezige voorzieningen zullen hiervoor ook meestal een vergoeding ontvangen.<sup>74</sup> Verscheidene types van multidisciplinair overleg kunnen zich voordoen. Vooreerst kan er een onderscheid gemaakt worden tussen een GDT-teamoverleg en een niet GDT-teamoverleg. De voorwaarden van een GDT-teamoverleg zijn strikt afgebakend. Zo dient onder meer steeds een huisarts aanwezig te zijn. Er moeten ook minstens 3 hulp- of zorgverleners aanwezig zijn die zich beroepen op een eigen RIZIV-nummer. Maar ook het overleg georganiseerd binnen een aantal lopende ZP3-projecten valt onder het multidisciplinair overleg. Afhankelijkheid van de 'setting' zal het hierbij gaan om een GDT-overleg of een niet GDT-overleg.<sup>75</sup> Onderstaande tabel biedt een overzicht van het aantal MDO's die in het kader van de ZP3-projecten zijn georganiseerd. We selecteren hierbij enkel de gemeenten waarin momenteel een ZP3-project

---

<sup>71</sup> Het advies tot uitwerken van een woonzorgzone en een woonzorgservicegebied of het introduceren van een woonzorgnetwerk zou vertaald kunnen worden in het lokaal sociaal beleidsplan.

<sup>72</sup> Art.1, 1°, KB van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

<sup>73</sup> Art. 8, KB van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

<sup>74</sup> Voor de vergoeding dient een onderscheid gemaakt te worden tussen een GDT-overleg en een niet GDT-overleg, maar ook tussen zorgaanbieders die een RIZIV-nummer hebben en deze die dit niet hebben.

<sup>75</sup> Ook de financiering van de aanwezigen in de MDO's in het kader van een ZP3-project zal verschillen. Dubbele financiering (via SEL en RIZIV) van de aanwezigen wordt wel vermeden.

lopende is. De geselecteerde overlegdossiers voor Deinze en Grembergen zullen in grote mate slaan op dit overleg in het kader van een ZP3-project. Voor Destelbergen en Ledeberg waar ook ZP3-projecten lopende zijn, is dit niet het geval.

**Tabel 5.1** Multidisciplinair overleg in het kader van lopende ZP3-projecten, 2012

(Deel) gemeente	GDT	Niet GDT	Totaal MDO
Deinze			28
Destelbergen			1
Grembergen*	5	2	7
Ledeberg			0

\* De impact van het ZP3-project 'SOM+' is niet beperkt tot het overleg in Grembergen alleen. In volgende (deel) gemeenten vonden er in 2012 ook MDO's plaats in het kader van dit ZP3-project: Appels, Baasrode, Buggenhout, Denderbelle, Dendermonde, Oudegem, Schoonaarde, Sint-Gillis-Dendermonde, Zele. Het feit dat het om een niet GDT-overleg gaat komt doordat er geen huisarts aanwezig was of dat er reeds een GDT-overleg in dat jaar was doorgegaan voor die persoon in kwestie (info bekomen via de Heer J. Palsterman, coördinator SEL Aalst)

**BRON** Gegevens bekomen via de SEL Gent en de SEL Aalst

## 5.2 Resultaten webbevraging

Aan de SEL-coördinatoren werd gevraagd om 20 overlegdossiers per deelgemeente te selecteren die hadden plaatsgevonden tussen de periode 2009-2012. Bij de selectie van de controlegroep werd onder meer rekening gehouden met het procentuele aantal ouderen t.ov. de bevolking (zie ook onderstaande tabel). Ondanks het feit dat zowel een GDT-teamoverleg als een niet GDT-teamoverleg in aanmerking mocht genomen worden, werd dit geambieerde aantal slechts voor één gemeente behaald. Het multidisciplinair overleg georganiseerd in het kader van een ZP3-project speelt hierbij ook een belangrijke rol. In Deinze en Grembergen konden deze overlegdossiers immers geselecteerd worden. In sommige gemeenten stellen we een zeer beperkte organisatie van multidisciplinair overleg vast, onder meer in Stekene (5) en Zaffelare (2). De analyses voor deze gemeenten moeten dan ook met enige voorzichtigheid behandeld worden. We hebben er ook bewust voor gekozen de deelgemeente te selecteren en niet op basis van postcode te werken. We wensen immers de impact op een specifieke buurt/wijk/gemeente na te gaan.

**Tabel 5.2** Aantal geselecteerde overlegdossiers, naar deelgemeente

(Deel)gemeente	Aantal	% ouderen (65+) tov totale bevolking (1 januari 2012)
Deinze	16	28,2%
Destelbergen	11	19,9%
Geraardsbergen	20	21,0%
Grembergen	19	19,2%
Ledeberg	8	14,7%
Sint-Niklaas	13	19,6%
Stekene	5	18,7%
Zaffelare	2	18,2%
Totaal	94	

**BRON** Verwerking elektronische bevraging overlegdossiers

Gezien de ambitie om de impact van woonzorgzones en samenwerkingsverbanden na te gaan op de eerstelijnszorg, mochten er geen dossiers van vóór 2009 geselecteerd worden. In 2009 zijn de gesubsidieerde experimenten van de provincie immers van start gegaan. Voor Deinze, Grembergen en Ledeberg werden de meeste overlegdossiers geselecteerd in 2011. Voor Destelbergen, Geraardsbergen, Sint-Niklaas en Stekene slaan de meeste overlegdossiers dan weer op 2012. Het is niet duidelijk of de datering van deze dossiers representatief is voor de frequentie van het overleg.

**Tabel 5.3** Geselecteerde overlegdossiers naar jaar van opening, naar deelgemeente

(Deel)gemeente	2009	2010	2011	2012	Totaal
Deinze (n=16)		37,5%	43,8%	18,7%	100%
Destelbergen (n=11)		36,4%	27,3%	36,4%	100%
Geraardsbergen (n=20)			35,0%	65,0%	100%
Grembergen (n=19)		10,5%	63,2%	26,3%	100%
Ledeberg (n=8)		12,5%	75,0%	12,5%	100%
Sint-Niklaas (n=13)	7,7%			92,3%	100%
Stekene (n=5)				100,0%	100%
Zaffelare (n=2)			50,0%	50,0%	100%
Totaal (n=94)	1,1%	13,8%	38,3%	46,8%	100%

BRON Verwerking elektronische bevraging overlegdossiers

De gemiddelde leeftijd van de personen in de overlegdossiers varieert sterk naargelang de deelgemeente. De jongste profielen zijn vastgesteld in Geraardsbergen (gemiddeld 60 jaar) terwijl de oudste profielen zich in Zaffelare bevinden (evenwel gebaseerd op 2 observaties). De gemiddelde leeftijd van de geselecteerde overlegdossiers bedraagt 72 jaar en 5 maanden. De hoofdreden van overleg zal mogelijk een invloed hebben op deze verschillen in gemiddelde leeftijden.

**Tabel 5.4** Gemiddelde leeftijd personen in overlegdossier, naar deelgemeente

(Deel)gemeente	Jaar	Maanden
Deinze (n=16)	76	11
Destelbergen (n=11)	80	6
Geraardsbergen (n=20)	60	10
Grembergen (n=19)	74	6
Ledeberg (n=8)	78	
Sint-Niklaas (n=13)	71	
Stekene (n=5)	70	3
Zaffelare (n=2)	89	6
Totaal (n=94)	72	5

BRON Verwerking elektronische bevraging overlegdossiers



De overlegdossiers handelen over zwaar zorgbehoevende personen (gelijk of boven een Weckx-score 5).<sup>76</sup> In Grembergen gaat het bij 60% van de dossiers om een Weckx-score van 11 en hoger. Dit zwaar zorgprofiel stellen we in de andere gemeenten niet vast. De mogelijke verklaring is de context van het ZP3-project 'SOM+'. De (grootste) doelgroep zijn immers kandidaat-bewoners die zich aanmelden op een wachtlijst in een WZC.

**Tabel 5.5** Overlegdossiers naar zorgzwaarte (Weckx-score), naar deelgemeente

(Deel)gemeente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Totaal
Deinze (n=16)						43,7%	6,3%	18,7%	12,5%	6,3%	6,3%	6,3%			100%
Destelbergen (n=11)						63,6%	9,1%	18,2%	9,1%						100%
Geraardsbergen (n=20)						15,0%	15,0%	10,0%	20,0%	25,0%	10,0%	5,0%			100%
Grembergen (n=10)								10,0%	10,0%	20,0%		50,0%	10,0%		100%
Ledeberg (n=8)			12,5%			37,5%				12,5%	37,5%				100%
Sint-Niklaas (n=12)						41,7%	16,7%	16,7%	16,7%	8,3%					100%
Stekene (n=5)						25,0%		25,0%	25,0%					25,0%	100%
Zaffelare (n=2)						50,0%					50,0%				100%
Totaal (n=84)			1,2%			32,5%	8,4%	13,3%	13,3%	12%	8,4%	8,4%	1,2%	1,2%	100%

**BRON** Verwerking elektronische bevraging overlegdossiers

De verdeling GDT-teamoverleg en niet GDT-teamoverleg heeft een impact op de diensten/ personen aanwezig op het overleg. Zo blijkt in Geraardsbergen en Grembergen dat er bij het meeste overleg geen huisarts aanwezig was. Algemeen genomen hadden bijna 2 op 3 van de geselecteerde overlegdossiers betrekking op een GDT-teamoverleg.

**Tabel 5.6** Type multidisciplinair overleg, naar deelgemeente

(Deel)gemeente	GDT	Niet-GDT
Deinze (n=16)	75,0%	25,0%
Destelbergen (n=11)	81,8%	18,2%
Geraardsbergen (n=20)	45,0%	55,0%
Grembergen (n=19)	42,1%	57,9%
Ledeberg (n=8)	85,7%	14,3%
Sint-Niklaas (n=12)	100,0%	
Stekene (n=5)	100,0%	
Zaffelare (n=2)	50,0%	50,0%
Totaal (n=94)	67,7%	32,3%

**BRON** Verwerking elektronische bevraging overlegdossiers

<sup>76</sup> Merk op dat voor 42% van de geselecteerde overlegdossiers in Grembergen en 8% van de dossiers in Sint-Niklaas de Katz-schaal werd opgegeven. In Grembergen ging 63% van deze dossiers om een zorgprofiel C en 37% om een zorgprofiel B.



De vaakst benoemde reden tot het organiseren van een teamoverleg is het afstemmen van taakafspraken tussen de betrokken diensten/personen (53% van de dossiers). Het is ook een van de taken welke een woonzorgnetwerk zou moeten opnemen volgens het Woonzorgdecreet. Ontslagvoorbereiding als hoofdreden van het teamoverleg is de meest voorkomende reden in de geselecteerde overlegdossiers van Geraardsbergen en Ledeberg. Dit zou ook zichtbaar moeten worden wanneer gekeken wordt naar de initiatiefnemers van het overleg en de aanwezige partners bij het overleg.

Een toenemende zorgbehoevendheid resulteert mogelijks in een vraag tot opname. Dat dit één van de meest genoemde redenen is voor een teamoverleg in Grembergen is daarom weinig verwonderlijk. Het kadert immers in het SOM+ project waarbij men juist tot doel heeft de opname uit te stellen door het aanbieden van een geïntegreerd zorgaanbod. Misschien moeten de woonzorgcentra naar de toekomst toe bij vragen tot opname meer ook dit overleg aanvragen... tot voorkomen van de opname.

**Tabel 5.7** Hoofdreden teamoverleg, naar deelgemeente

(Deel)gemeente	Afstemming taakafspraken	Ontslagvoorbereiding	Toenemende zorgbehoevendheid	Crisissituatie	Totaal
Deinze (n=16)	93,7%		6,3%		100%
Destelbergen (n=11)	63,6%	27,3%	9,1%		100%
Geraardsbergen (n=19)	36,8%	47,4%	10,5%	5,3%	100%
Grembergen (n=18)	44,4%	16,7%	38,9%		100%
Ledeberg (n=8)	12,5%	75,0%		12,5%	100%
Sint-Niklaas (n=12)	53,8%	23,1%	23,1%		100%
Stekene (n=5)	60,0%	40,0%			100%
Zaffelare (n=2)	50,0%		50,0%		100%
Totaal (n=91)	53,3%	28,3%	16,3%	2,2%	100%

BRON Verwerking elektronische bevraging overlegdossiers

Het initiatief tot de organisatie van een teamoverleg wordt in alle geselecteerde gemeenten regelmatig tot vaak genomen door de thuisverpleegkundige (algemeen: voor 20% van de overlegdossiers). In Destelbergen werd het vaakst door de sociale dienst van het OCMW (36% van de overlegdossiers) de aanzet tot overleg gegeven. We stellen vast dat door het feit dat de meeste overlegdossiers in Geraardsbergen de ontslagvoorbereiding tot doel hadden, de ziekenhuizen vaak de initiatiefnemer zijn (29% van de overlegdossiers). Evenwel zijn hier de diensten gezinszorg nog meer als initiatiefnemer benoemd (35% van de overlegdossiers). Ook in Ledeberg hadden de meeste overlegdossiers de ontslagvoorbereiding als hoofdreden. Hier stellen we vast dat het ziekenhuis in 1 op 4 overlegdossiers het initiatief heeft genomen. Het is het wijkgezondheidscentrum in Ledeberg die voor bijna 4 op 10 overlegdossiers de aanzet heeft gegeven. De invloed van het SOM+ project in Grembergen stellen we ook bij de initiatiefnemer vast. 37% van het overleg is er immers gekomen op vraag van het woonzorgcentrum. Ten slotte blijkt ook in Sint-Niklaas het ziekenhuis het vaakst op te treden als initiatiefnemer (23% van de overlegdossiers). Veel meer dan in de andere gemeenten blijkt de link met de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor personen met een handicap.

**Tabel 5.8** Initiatiefnemer van overleg, naar deelgemeente

	Deinze (n=16)	Destelbergen (n=11)	Geraardsbergen (n=17)	Grembergen (n=19)	Ledeberg (n=8)	Sint-Niklaas (n=13)	Stekene (n=5)	Zaffelare (n=2)	Totaal (n=91)
Patiënt									
Mantelzorger									
Familielid/kennis			5,9%						1,1%
Vrijwilliger									
Huisarts	6,3%	9,1%		5,3%					3,3%
Thuisverpleegkundige	43,8%	18,2%	11,8%	21,1%		15,4%	20,0%		19,8%
Dienst gezinszorg		9,1%	35,3%	5,3%	12,5%	15,4%	20,0%	100,0%	15,4%
Palliatieve thuiszorg									
Maatschappelijk werker			11,8%	15,8%		7,7%			6,6%
Mutualiteit	18,8%								3,3%
Woonzorgcentrum	12,5%			36,8%					9,9%
Ziekenhuis		18,2%	29,4%	15,8%	25,0%	23,1%	20,0%		18,7%
Dagverzorgingscentrum					12,5%				1,1%
Dienstencentrum									
Sociale dienst OCMW	6,3%	36,4%							5,5%
Ergotherapeut									
Apotheker									
Logopedist									
Kinesitherapeut									
Centrum kortverblijf									
Psycholoog									
Aparte woonvormen									
Poetsdienst									
Personenalarmsysteem									
Beschut wonen									
Dienst ondersteuningsplan		9,1%					20,0%		2,2%
Familiezorg	12,5%								2,2%
Gehandicaptenzorg						15,4%			2,2%
Provinciaal zorgcentrum Ledeberg					12,5%				1,1%
Psychiatrisch ziekenhuis						7,7%			1,1%
Psychiatrische thuiszorg						7,7%			3,3%
Wijkgezondheidscentrum			5,9%		37,5%				3,3%
Niet gekend						7,7%	20,0%		3,3%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**BRON** Verwerking elektronische bevraging overlegdossiers

Vervolgens bekijken we wie als zorgbemiddelaar in de dossiers optreedt. Een zorgbemiddelaar is een persoon, aangewezen door een gebruiker of mantelzorger, die de taken van de zorgaanbieders, mantelzorgers en vrijwilligers op elkaar afstemt en op de behoeften van de gebruiker.<sup>77</sup> Het zijn in hoofdzaak de thuisverpleegkundigen die optreden als zorgbemiddelaar (33% van de overlegdossiers), maar toch is er ook een grote overeenkomst tussen de initiatiefnemer van het overleg en de zorgbemiddelaar, wat overigens een bevestiging is van een vroegere stelling van ons dat de taak van zorgbemiddelaar door diverse instanties kan opgenomen worden. In Grembergen is het woonzorgcentrum in 32% van de dossiers aangeduid als zorgbemiddelaar.

**Tabel 5.9** Zorgbemiddelaar, naar deelgemeente

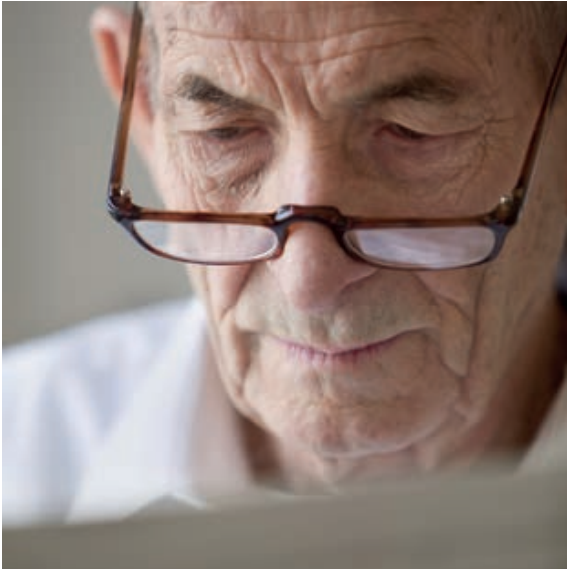
	Deinze (n=16)	Destelbergen (n=11)	Geraardsbergen (n=17)	Grembergen (n=19)	Ledeberg (n=8)	Sint-Niklaas (n=13)	Stekene (n=5)	Zaffelare (n=2)	Totaal (n=92)
(Dienst) thuisverpleegkundigen	31,3%	36,4%	29,4%	26,3%	12,5%	46,2%	40,0%	50,0%	32,6%
Mutualiteit	25,0%	9,1%	5,9%	31,6%	12,5%	23,1%			17,4%
Private dienst gezinszorg	18,8%	27,3%	58,8%	10,5%	25,0%	23,1%	20,0%	50,0%	27,2%
OCMW		9,1%				7,7%	40,0%		4,4%
Woonzorgcentrum	18,8%	9,1%		31,6%					10,9%
Beschut wonen		9,1%							1,1%
Wijkgezondheidscentrum					50,0%				4,3%
Psychiatrische thuiszorg	6,3%		5,9%						2,2%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**BRON** Verwerking elektronische bevraging overlegdossiers



De samenstelling van het overleg biedt een kans om de impact van initiatieven van woonzorgnetwerken en woonzorgzones na te gaan op de eerstelijnszorg, hier wel in dossiers van zwaar zorgbehoevende personen. Het feit of het al dan niet om een GDT-dossier gaat zal invloed hebben op de aanwezigheid van de huisarts. In Geraardsbergen en Grembergen waar er meer niet GDT-dossiers werden geselecteerd, stellen we ook een lagere aanwezigheid van de huisarts vast. Ook hier stellen we opnieuw de sterke aanwezigheid van de thuisverpleging vast. De beperkte aanwezigheid van mantelzorger of familieleden/kennissen is verder opvallend.

<sup>77</sup> Art. 1, 17°, Besluit van 19 december 2008 van de Vlaamse Regering betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnszorg.



Initiatieven van samenwerking en de uitwerking van initiatieven die kaderen binnen het 'woonzorgzone'-concept veronderstellen de aanwezigheid van deze voorzieningen. Dit manifesteert zich wellicht meer in gemeenten die momenteel betrokken zijn in een ZP3-project. Zo stellen we voor Deinze vast dat er bij verschillende teambijeenkomsten een ZP3 trajectbegeleider aanwezig was. De focus van het ZP3-project in Deinze op het aanbieden van een geïntegreerd zorgaanbod om zo personen langer op een kwalitatieve manier thuis te laten wonen veronderstelt mogelijks een hogere aanwezigheid van andere betrokken diensten (bv. thuisverpleegkundige, ergotherapeut, WZC, lokaal dienstencentrum,...).

Maar een afwezigheid in het overleg betekent

daarom niet een afwezigheid in de taakinvulling. Op het eerste zicht blijkt enkel de ergotherapeut meer aanwezig te zijn in vergelijking met andere gemeenten. In Destelbergen stellen we voornamelijk de grotere aanwezigheid van de sociale dienst van het OCMW vast (in 46% van de overlegdossiers). Het OCMW is daar ook de stuwende kracht bij de uitbouw van de concepten binnen de daar bestaande woonzorgzone. In Geraardsbergen stellen we een hoge aanwezigheid vast van de diensten thuisverpleegkunde, de maatschappelijk werkers en de ziekenhuizen vast. De impact van het SOM+ project in Grembergen komt ook tot uiting in de aanwezige diensten in het overleg.<sup>78</sup> Zo is het woonzorgcentrum in bijna 1/3 van de overlegdossiers aanwezig en komen andere voorzieningen ook opvallend meer voor in vergelijking met de andere gemeenten (bv. ergotherapeut, psycholoog, aparte woonvormen, kinesitherapeut). In Ledeberg vertonen de overlegdossiers een andere samenstelling dan in de andere geselecteerde gemeenten. We stellen onder meer de aanwezigheid vast van de dienst huisvesting, het provinciaal zorgcentrum, het wijkgezondheidscentrum en opvallend ook een tolk. De focus van sommige overlegdossiers in Sint-Niklaas op geestelijke gezondheidszorg blijkt ook uit de aanwezige voorzieningen. In Stekene was de sociale dienst van het OCMW dan weer bij 3 op 5 overlegdossiers aanwezig.

---

<sup>78</sup> Maar deze groep van aanwezigen is echter 'voorgeprogrammeerd' omdat zij partner zijn in het 'SOM+'-project en dat het MDO overleg hierin een onderdeel is.

**Tabel 5.10** Voorzieningen aanwezig bij overleg, naar deelgemeente, % aanwezigheid in overleg\*

	Deinze (n=16)	Destelbergen (n=11)	Geraardsbergen (n=20)	Grembergen (n=19)	Ledeberg (n=8)	Sint-Niklaas (n=13)	Stekene (n=5)	Zaffelare (n=2)	Totaal (n=94)
Mantelzorger				26,3%		61,5%	40,0%	50,0%	17,0%
Familielid/kennis			60,0%	68,4%					27,7%
Vrijwilliger				5,3%					1,1%
Huisarts	87,5%	72,7%	55,0%	42,1%	75,0%	100,0%	100,0%	50,0%	70,2%
Thuisverpleegkundige	68,8%	72,7%	85,0%	73,7%	75,0%	92,3%	100,0%	50,0%	78,2%
Dienst gezinszorg	56,3%	72,7%	60,0%	57,9%	62,5%	69,2%	40,0%	100,0%	61,7%
Palliatieve thuiszorg									
Maatschappelijk werker	68,8%	72,7%	90,0%	89,5%	50,0%	46,2%	40,0%	20,0%	77,7%
Woonzorgcentrum				31,6%				50,0%	8,5%
Ziekenhuis		9,1%	40,0%	10,5%		15,4%			13,8%
Dagverzorgingscentrum	6,3%	9,1%		10,5%	12,5%				5,3%
Dienstencentrum									
Sociale dienst OCMW	12,5%	45,5%	15,0%	15,8%	25,0%		60,0%		19,2%
Ergotherapeut	18,8%	9,1%		47,4%					13,8%
Apotheker									
Logopedist				5,3%					1,1%
Kinesitherapeut		27,3%		15,8%		7,7%	20,0%	50,0%	9,6%
Psycholoog				10,5%					2,1%
Aparte woonvormen				10,5%					2,1%
Poetsdienst	6,3%	9,1%	10,0%						5,3%
Beschut wonen		9,1%							1,1%
Budgetbeheer		9,1%							1,1%
Gehandicaptenzorg						7,7%			1,1%
Huisvesting					12,5%				1,1%
Provinciaal zorgcentrum Ledeberg					12,5%				1,1%
Psychiatrische thuiszorg			5,9%			7,7%			2,1%
Wijkgezondheidscentrum					12,5%				1,1%
Tolk					12,5%				1,1%
ZP3 trajectbegeleider	12,5%								2,1%
Begeleid wonen			5,9%						1,1%
Orthopedagoog			5,9%						1,1%

\* De aanwezigheid van de patiënt zelf bij het overleg werd niet bevraagd.

**BRON** Verwerking elektronische bevraging overlegdossiers

We stellen een grote diversiteit vast aan diensten betrokken bij de taakinvulling van de overlegdossiers. De meest voorkomende voorzieningen in de taakinvulling zijn de dienst thuisverpleegkunde, de huisarts, de dienst gezinszorg en de maatschappelijk werker/mutualiteit. Daar waar de aanwezigheid van de mantelzorger of een familielid/kennis bij het overleg nog relatief beperkt was, stellen we vast dat hun betrokkenheid bij de taakinvulling veel groter is. Aangezien in Destelbergen en Ledeberg het niet nodig is om 3 mantelzorgers te hebben om aanspraak te kunnen maken op een personenalarmsysteem, kan men verwachten dat hiervan meer gebruik wordt gemaakt in deze gemeenten. Hierbij zou ook een onderscheid gemaakt kunnen worden tussen het reguliere systeem en het personenalarmsysteem waarbij professionelen worden ingezet. In Destelbergen is het gebruik van het personenalarmsysteem in de taakinvulling alvast hoog (36% van de overlegdossiers). Voor Ledeberg stellen we niet onmiddellijk een impact vast. De impact van het ZP3-project in Deinze wordt duidelijk zichtbaar wanneer gekeken wordt naar de betrokken partners bij de taakinvulling. Onder meer de grote betrokkenheid van het



woonzorgcentrum, de ergotherapeut, de kinesitherapeut, het centrum voor kortverblijf toont dit aan. In Destelbergen neemt de sociale Dienst van het OCMW veel meer dan in andere gemeenten een taak op zich. Tegelijk valt in deze gemeente ook de betrokkenheid van de kinesitherapeut, het dagverzorgingscentrum, het dienstencentrum en de apotheker op. Ook hier speelt mogelijks de impact van het ZP3-project, zonder dat het hierbij evenwel om een overleg gaat in het kader van dit ZP3-project. Bij de taakinvulling voor de overlegdossiers in Grembergen zijn de meest opvallenden voorzieningen het woonzorgcentrum en de ergotherapeut. Maar zij zijn betrokken partij in het 'SOM+'-project.

**Tabel 5.11** Betrokken bij de taakinfilling, naar deelgemeente, % aanwezigheid bij taakinfilling

	Deinze (n=16)	Destelbergen (n=11)	Geraardsbergen (n=20)	Grembergen (n=19)	Ledeberg (n=8)	Sint-Niklaas (n=13)	Stekene (n=5)	Zaffelare (n=2)	Totaal (n=94)
Mantelzorger	81.3%	72.7%	5.0%	21.0%	37.5%	53.9%	60.0%	100.0%	43.6%
Familielid/kennis	81.3%	63.6%	60.0%	42.0%	50.0%	61.5%	40.0%	100.0%	59.6%
Vrijwilliger			10.5%			15.4%	20.0%	50.0%	6.4%
Huisarts	93.8%	100.0%	60.0%	42.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	78.7%
Thuisverpleegkundige	100.0%	100.0%	85.0%	89.5%	75.0%	92.3%	100.0%	100.0%	91.5%
Dienst gezinszorg	81.3%	81.8%	75.0%	52.6%	50.0%	84.6%	100.0%	100.0%	73.4%
Palliatieve thuiszorg	12.5%	9.0%					20.0%		4.3%
Maatschappelijk werker	100.0%	54.6%	90.0%	94.7%	87.5%	38.5%	40.0%	50.0%	77.7%
Mutualiteit	93.8%	45.5%			62.5%	69.2%	80.0%	50.0%	41.5%
Woonzorgcentrum	43.8%	9.0%		36.8%		15.4%		50.0%	19.2%
Ziekenhuis	6.3%	18.2%	15.0%	10.5%	12.5%	23.1%	20.0%		13.8%
Dagverzorgingscentrum	18.8%	45.5%		5.3%	25.0%	7.7%			12.8%
Dienstencentrum		18.2%							2.1%
Sociale dienst OCMW	12.5%	54.6%	5.0%	5.3%	37.5%	7.7%	60.0%		18.1%
Ergotherapeut	31.3%	18.2%		31.6%	12.5%	7.7%			16.0%
Apotheker	6.3%	36.4%			50.0%		20.0%		10.6%
Logopedist				5.3%					1.1%
Kinesitherapeut	31.3%	54.6%		15.8%	25.0%	7.7%	20.0%	100.0%	21.3%
Centrum kortverblijf	25.0%	9.0%				7.7%		50.0%	7.5%
Psycholoog	6.3%			5.3%	12.5%	7.7%			4.3%
Aparte woonvormen			5.0%	10.5%	12.5%				4.3%
Poetsdienst	31.3%	45.5%	10.0%		62.5%	23.1%	40.0%	50.0%	24.5%
Personenalarmsysteem	31.3%	36.4%			12.5%	15.4%	40.0%	50.0%	16.0%
Dienst ondersteuningsplan Oost-Vlaanderen						7.7%	20.0%		2.1%
Beschut wonen		9.0%							1.1%
ZP3	6.3%								1.1%
Maaltijden aan huis					12.5%				1.1%
Orthopedagoog			10.0%						2.1%
Begeleid wonen			10.0%						2.1%
Psychiatrische thuiszorg			20.0%						4.3%

**BRON** Verwerking elektronische bevraging overlegdossiers

Het feit dat een voorziening niet uitgenodigd is in een teamoverleg, betekent echter niet dat deze voorziening niet betrokken zal worden in de taakinfilling. Op basis van onderstaande tabel is dit duidelijk zichtbaar geworden. Hierbij is het aantal keren dat een voorziening aanwezig was in de teambijeenkomsten gelijk gesteld aan 100% waarbij vervolgens



de verhouding tussen het aantal keer betrokken in de taakinvulling vergeleken is met het aantal keer aanwezig in het teamoverleg. Zo stellen we inderdaad vast dat de mantelzorger veel meer betrokken wordt in de taakinvulling t.o.v. zijn aanwezigheid in het teamoverleg. We zien dat bijna elke dienst meer betrokken is in de taakinvulling t.o.v. dat men aanwezig was bij het overleg. Dit is enkel niet het geval bij de sociale dienst van het OCMW. Apothekers, vrijwilligers en centra voor kortverblijf blijken bijna nooit aanwezig te zijn in een overleg terwijl zij wel vaak betrokken zijn bij de taakinvulling. Hierbij speelt wellicht de al of niet vergoedbaarheid een rol.

**Tabel 5.12** Verhouding betrokken in taakinvulling versus aanwezig in teamoverleg

	Betrokken in overleg (100%)	Betrokken in taakinvulling
Mantelzorger	100%	273%
Familielid/kennis	100%	224%
Vrijwilliger	100%	600%
Huisarts	100%	112%
Thuisverpleegkundige	100%	116%
Dienst gezinszorg	100%	119%
Palliatieve thuiszorg	100%	400%
Maatschappelijk werker	100%	169%
Mutualiteit	100%	650%
Woonzorgcentrum	100%	257%
Ziekenhuis	100%	100%
Dagverzorgingscentrum	100%	240%
Dienstencentrum	100%	200%
Sociale dienst OCMW	100%	94%
Ergotherapeut	100%	115%
Apotheker	100%	1000%
Logopedist	100%	100%
Kinesitherapeut	100%	222%
Centrum kortverblijf	100%	700%
Psycholoog	100%	100%

**BRON** Verwerking elektronische bevraging overlegdossiers

Voor een aantal problemen/hiaten die wij vaststelden in de experimenten ‘woonzorgnetwerken’ en de focusgroepen werd gepeild in welke mate zij als aandachtspunt worden behandeld in de teambijeenkomsten. Een beperkte aandacht kan wijzen op het feit dat hiertoe geen nood was of, en wat meer verontrustend zou zijn, dat hiervoor geen gepast zorgaanbod beschikbaar was. In Grembergen en Geraardsbergen blijkt een beperktere aandacht voor de betrokkenheid van de mantelzorger in vergelijking met de andere gemeenten. Een zelfde beeld was reeds bekomen wanneer gekeken werd naar de mate dat mantelzorgers betrokken worden in de taakinvulling. Algemeen is er in de meeste overlegdossiers aandacht voor de betrokkenheid van de mantelzorger. In de overlegteams in Ledeberg zou men verwachten dat er mogelijks meer aandacht is voor het personenalarmsysteem, aanpassing woningen en nachtopvang. Dit is evenwel niet onmiddellijk vaststelbaar in onderstaande tabel. In de meeste gemeenten waar momenteel een ZP3-project lopende is blijkt ook iets meer aandacht te zijn voor transmurale/intramurale zorg.



**Tabel 5.13** Behandeling bepaalde aandachtspunten in teamoverleg, naar deelgemeente

	Deinze (n=16)	Destelbergen (n=11)	Geraardsbergen (n=20)	Grembergen (n=19)	Ledeberg (n=8)	Sint-Niklaas (n=13)	Stekene (n=5)	Zaffelare (n=2)	Totaal (n=94)
Betrokkenheid mantelzorger	87,5%	90,9%	65,0%	52,6%	87,5%	100,0%	100,0%	100,0%	78,7%
Aanpassing woning	62,5%	45,5%	10,0%	47,4%	25,0%	53,9%	40,0%	50,0%	40,4%
Nachtopvang	31,3%	27,3%	10,0%	21,0%			40,0%	50,0%	18,1%
Personenalarmsysteem	50,0%	54,6%	15,0%	31,6%	25,0%	69,2%	60,0%	50,0%	40,4%
Maaltijdverstrekking	68,8%	54,6%	60,0%	63,2%	75,0%	46,2%	80,0%	100,0%	62,8%
Huisvestingsaspecten	31,3%	27,3%	40,0%	36,8%	37,5%	46,2%	100,0%	50,0%	40,4%
Centraal meld- en informatiepunt	43,8%	63,6%	80,0%	100,0%	37,5%	69,1%	80,0%	50,0%	70,2%
Transmurale/ intramurale zorg	62,5%	54,6%	35,0%	57,9%	50,0%	38,5%	60,0%	50,0%	50%
Buurtbetrokkenheid		9,0%	10,0%	15,8%		7,7%	20,0%		8,5%
Vervoer/verplaatsen		9,0%	55,0%	26,3%		53,9%	40,0%		27,7%

**BRON** Verwerking elektronische bevraging overlegdossiers

Vervolgens werd ook gevraagd op welke manier er aandacht was voor deze punten in het teamoverleg.

#### Mantelzorger:

- Problemen detecteren door te overleggen met de mantelzorger;
- Kijken hoe de mantelzorger ondersteund/begeleid kan worden en wat haalbaar is voor de mantelzorger (maken van taakafspraken);
- Wisselwerking tussen thuiszorgdiensten en mantelzorger: inspringen in het weekend, kijken wanneer de mantelzorger ingeschakeld kan worden.

#### Aanpassing woning:

- Onder meer door ergotherapeut aan huis;
- Bespreken hoe men de valrisico's kan verkleinen (valpreventie) (bv. verwijderen tapijten);
- Voorstel om beneden te slapen;
- Voorstel tot het aankopen/huren van materiaal als hulpmiddel (bv. handgreep, ziekenhuisbed, badlift,...);
- Indien nodig aanpassing woning voorstellen (bv. installeren traplift, douche).

#### Nachtopvang:

- Bespreken wat de mogelijkheden zijn en indien nodig voorstel doen.

#### Personenalarmsysteem:

- Kijken of dit nodig is (valrisico) en indien nodig voorstel doen.

#### Maaltijdverstrekking:

- Kijken of er een maaltijd aan huis moet worden gebracht en door welke dienst;
- Maaltijd laten bereiden door dienst gezinszorg;
- Voorstel om buitenshuis maaltijd te nuttigen (bv. in WZC, in dienstencentrum);
- Boodschappen doen voor/met de cliënt.

#### Huisvestingsaspecten

- Mogelijke woningaanpassingen;
- Aanvraag in WZC.

#### Centraal meldpunt:

- Aanstellen, vermelden van de zorgbemiddelaar.

#### Transmurale, intramurale zorg

- Via ZP3 project;
- Uitnodigen activiteiten;
- Voorstel inschrijven wachtlijst.

## 5.3 Besluit

Op basis van de geselecteerde overlegdossiers die tussen 2009 en 2012 hebben plaatsgevonden in de betrokken gemeenten is de impact van de woonzorgzones en de woonzorgnetwerken nagegaan. Deze overlegdossiers hebben betrekking op een zeer specifieke groep van zwaar hulpbehoevende personen. Maar het is juist deze groep die het meest gebaat zou moeten zijn bij samenwerkingsinitiatieven. De analyse levert enkele interessante vaststellingen op. Zo is onder meer de impact van bepaalde ZP3-projecten duidelijk vaststelbaar, dit zowel naar reden van overleg, initiatiefnemer, voorzieningen betrokken in het overleg als naar voorzieningen betrokken in de taakinvulling. Het is evenwel overleg dat vanuit een reeds bestaand project (vastgelegde doelstelling en samenstelling) georganiseerd wordt en binnen de setting van de SEL kan plaatsvinden. Toch moet dit ook de doelstelling zijn van samenwerkingsverbanden, met name doordringen tot de eerstelijnszorg en hulp bieden aan personen met een zwaar zorgprofiel. Het kan er onder meer toe leiden dat woonzorgcentra in de toekomst ook meer overleg gaan zoeken bij een aanvraag tot opname. Nu zien we immers dat de residentiële zorgvoorzieningen nog maar beperkt voorkomen als initiatiefnemers, als betrokken partijen in het overleg, als betrokkene in de taakinvulling. Het zijn in hoofdzaak de thuisverpleegkundigen en de diensten gezinszorg die in zeer grote mate betrokken zijn in het multidisciplinair overleg. Maar de diversiteit aan zorgverstrekkers uitgenodigd bij het overleg of betrokken bij de taakinvulling is groot. Het aangaan van samenwerking zou deze betrokkenheid enkel maar ten gunste moeten komen. Dat is ook wat we reeds vaststellen in een aantal gemeenten die reeds een woonzorgnetwerk of woonzorgzone kennen, met name een grotere diversiteit in het overleg. Al moet dit ook nog verder groeien en gecultiveerd worden.

# 6



## handleiding

### proces tot de ontwikkeling van een woonzorgnetwerk en de uitbouw van woonzorgzones

Deze handleiding wenst een aanzet te geven tot de ontwikkeling van een woonzorgnetwerk en de uitbouw van woonzorgzones. Het is opgevat als een stappenplan waarbij zoveel mogelijk ondersteuning wordt geboden via beschikbare data. Maar ook de hoofdstukken die deze handleiding voorafgaan zouden behulpzaam moeten zijn. Het is immers een relaas van een terreinverkenning. Echter van een zorglandschap dat nog duidelijke leemten vertoont, zowel naar zorgaanbod als naar samenwerking. Deze handleiding moet een initiatiefnemer een draaiboek geven om een inventaris te maken van de mogelijke leemten, om een keuze te maken van welke leemte men wenst op te vullen, met wie en hoe. Het bijgevoegde elektronisch werkboek (in Excel) moet hierbij als een belangrijke praktische ondersteuning bekeken worden. Het levert het schema op om een diagnose te maken van wat er is, dit te vergelijken met de controlegroep, en keuzen te maken voor de toekomst. Het is verder een instrument voor samenwerking met de Provincie Oost-Vlaanderen en ten slotte is het een evaluatie-instrument. Het kan ingevuld worden bij de start van een initiatief, en bijvoorbeeld een jaar later, een aantal jaren later, om te zien wat er veranderd is.

## 6.1 Diagnose van het woonzorggebied

*“Een goed begin is het halve werk”.*

Het verwerven van inzichten over de huidige situatie in een wijk/gemeente/stad zal nodig zijn wil men verdere stappen tot samenwerking zetten. Het consulteren van verscheidene bronnen kan hierbij helpen.

### 6.1.1 Sociale planning: uitdagingen voor de toekomst

Het huidige demografisch profiel en de vooruitzichten hieromtrent geven een eerste beeld weer van de mogelijke uitdagingen waarmee gemeenten en steden zullen geconfronteerd worden. In het elektronisch werkboek worden volgende data beschikbaar gesteld:

- Aantal 65-plussers naar deelgemeente, Oost-Vlaanderen, 1 januari 2012;
- % 65-plussers t.o.v. totale bevolking naar deelgemeente, Oost-Vlaanderen, 1 januari 2012.

De Excel-toepassing laat toe de eigen situatie te bekijken maar eveneens ook andere (na-burige) gemeenten te selecteren.

Daarnaast verwijzen we naar 'De sociale situatieschets van Oost-Vlaanderen 2011' uitgegeven door de Provincie Oost-Vlaanderen waar op basis van tabellen en grafieken een overzicht bekomen kan worden van het huidig demografische profiel en van de demografische projecties.

Maar ook het fiscaal profiel van een stad of gemeente is leerrijk. Zie hierbij het elektronisch werkboek:

- Netto belastbaar inkomen naar deelgemeente, Oost-Vlaanderen, inkomens 2009.

### 6.1.2 Een overzicht van het huidige zorglandschap



Er dient een volledig beeld van het huidige zorglandschap bekomen worden. Met name welke (zorg)voorzieningen zijn gehuisvest/actief in een bepaalde wijk/gemeente/stad en welke diensten bieden zij aan. Een volledig exhaustief overzicht is niet onmiddellijk te verkrijgen. Een belangrijke ondersteuning biedt alvast 'De sociale kaart' (zie [www.desocialekaart.be](http://www.desocialekaart.be)). De sociale kaart bevat immers een overzicht van de diensten, organisaties en voorzieningen uit de welzijns- en gezondheidssector in Vlaanderen en Brussel. Echter worden commerciële voorzieningen en vrije beroepen hierin niet opgenomen waardoor maar een gedeelte van het zorglandschap in beeld komt. Maar niet enkel zorgvoorzieningen maken deel uit van een goed uitgebouwde woonzorgzone. Ook welzijnsvoorzieningen, nabijheidsdiensten, vervoerdiensten maken hiervan deel uit. Door gebruik te maken van GIS (Geografisch InformatieSysteem) kunnen alle aanwezige voorzieningen/diensten in een wijk gevisualiseerd worden. Zo kan men vaststellen in welke mate voorzieningen aanwezig en verspreid zijn in een wijk.



In het elektronisch werkboek (**Aanwezige voorzieningen op basis van GIS**) kunnen de aanwezige voorzieningen in de gemeente of stad, in de buurt van het WZC, opgelijst worden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen residentiële en transmurale zorgvoorzieningen, aangepaste woonvormen, thuiszorgdiensten, eerstelijnszorg, welzijnsdiensten, nabijheidsdiensten en vervoersdiensten. Het type voorziening, de naam, het adres, het nummer, de postcode en de (deel)gemeente dient per voorziening opgegeven te worden. Om een exhaustief beeld te bekomen zullen meerdere bronnen geconsulteerd moeten worden. Men kan de gegevens van de voorzieningen onder meer bekomen op basis van de sociale kaart, de goudengids ([www.goudengids.be](http://www.goudengids.be)), google maps (<http://maps.google.be>), de website van de res-

pectieveelike gemeente of stad. Natuurlijk kan men ook gewoon de buurt verkennen. Dit document mag vervolgens doorgestuurd worden naar het Steunpunt Sociale Planning van de directie Welzijn en Gezondheid ([mieke.van.opstal@oost-vlaanderen.be](mailto:mieke.van.opstal@oost-vlaanderen.be)). Zij zullen het overzicht van de aanwezige voorzieningen visueel weergeven op basis van GIS. Voor de drie gemeenten die betrokken waren bij de experimenten is deze oefening reeds gemaakt. De verschillen in aantal aanwezige voorzieningen in een landelijk, middenstedelijk en stedelijk gebied worden hierdoor duidelijk zichtbaar. De 'densiteit' van een bepaald gebied aan voorzieningen en diensten wordt hierdoor immers in beeld gebracht.

Door het aantal voorzieningen op te lijsten kan ook de situatie vergeleken worden met deze van de responsgroep van de elektronische bevraging. Aan hen is immers gevraagd om de voorzieningen en/of diensten in de omgeving rond het WZC op te lijsten. Het WZC vormt hierbij de uitgangsbasis, waarbij vervolgens de perimeter uitgebreid kan worden tot de woonzorgcampus/site, tot de woonzorgzone en ten slotte tot het woonzorgservicegebied. Het eigenlijke WZC vormt hierbij dus de kleinste perimeter en het woonzorgservicegebied de grootste perimeter. De oefening kan ook vertrekken vanuit een dienstencentrum, een sociaal huis, een OCMW, ... Door deze oefening te herhalen voor uw eigen situatie kan U zich dus positioneren. Wij verwijzen hierbij naar het elektronisch werkboek (**Aantal voorzieningen aanwezig in de woonzorgzone en het woonzorgservicegebied**). De voorzieningen/diensten die men oplijst in de kleinste perimeter dienden wel telkens mee opgenomen te worden naar de volgende perimeter, waarbij U dus voor WZC het minste aantal voorzieningen/diensten zal benoemen, en voor het woonzorgservicegebied het meeste aantal.

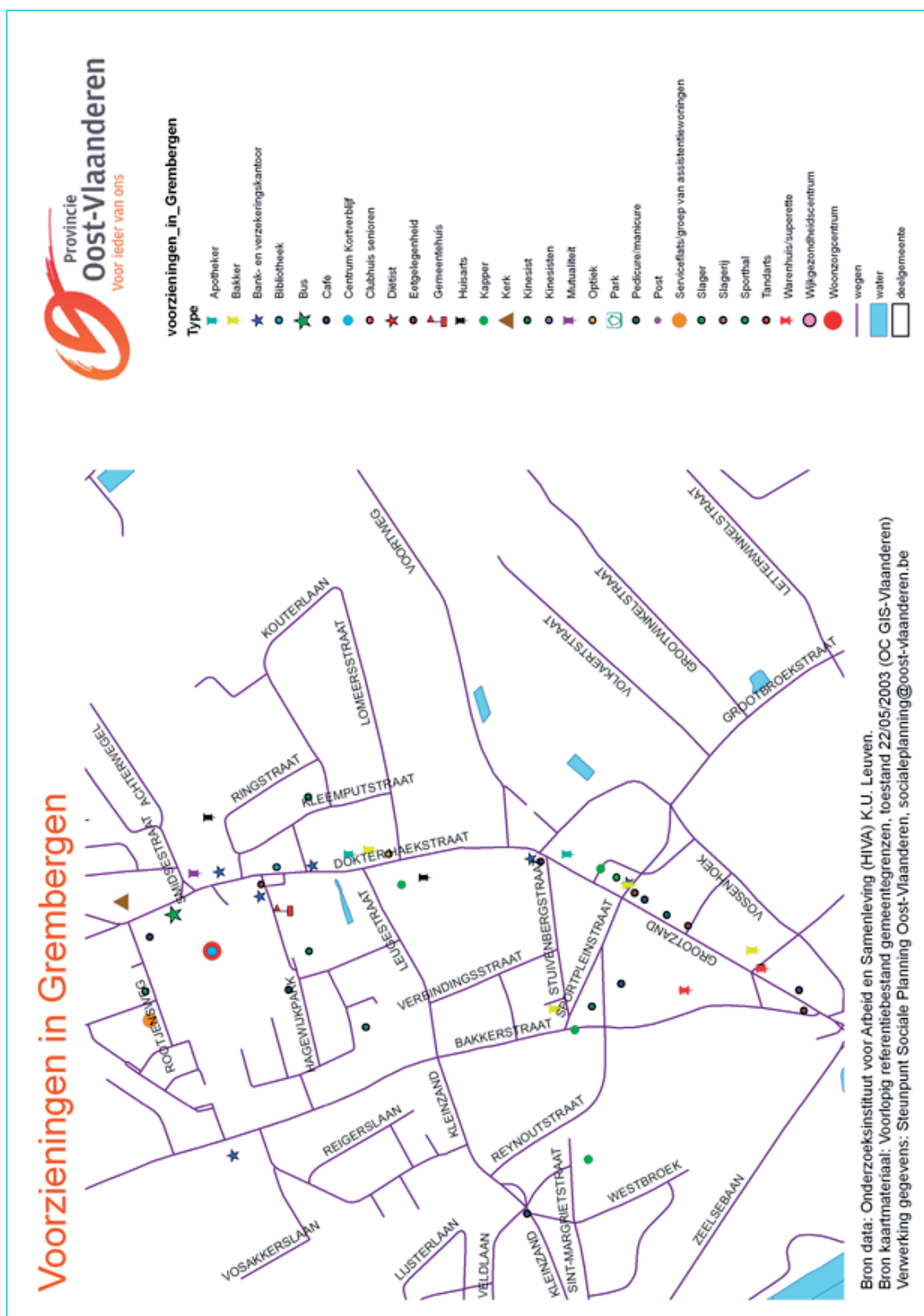
**Figuur 6.1** Landelijk gebied: situatie in Zaffelare



**BRON** Steunpunt Sociale Planning Provincie Oost-Vlaanderen op basis van data aangeleverd door het HIVA

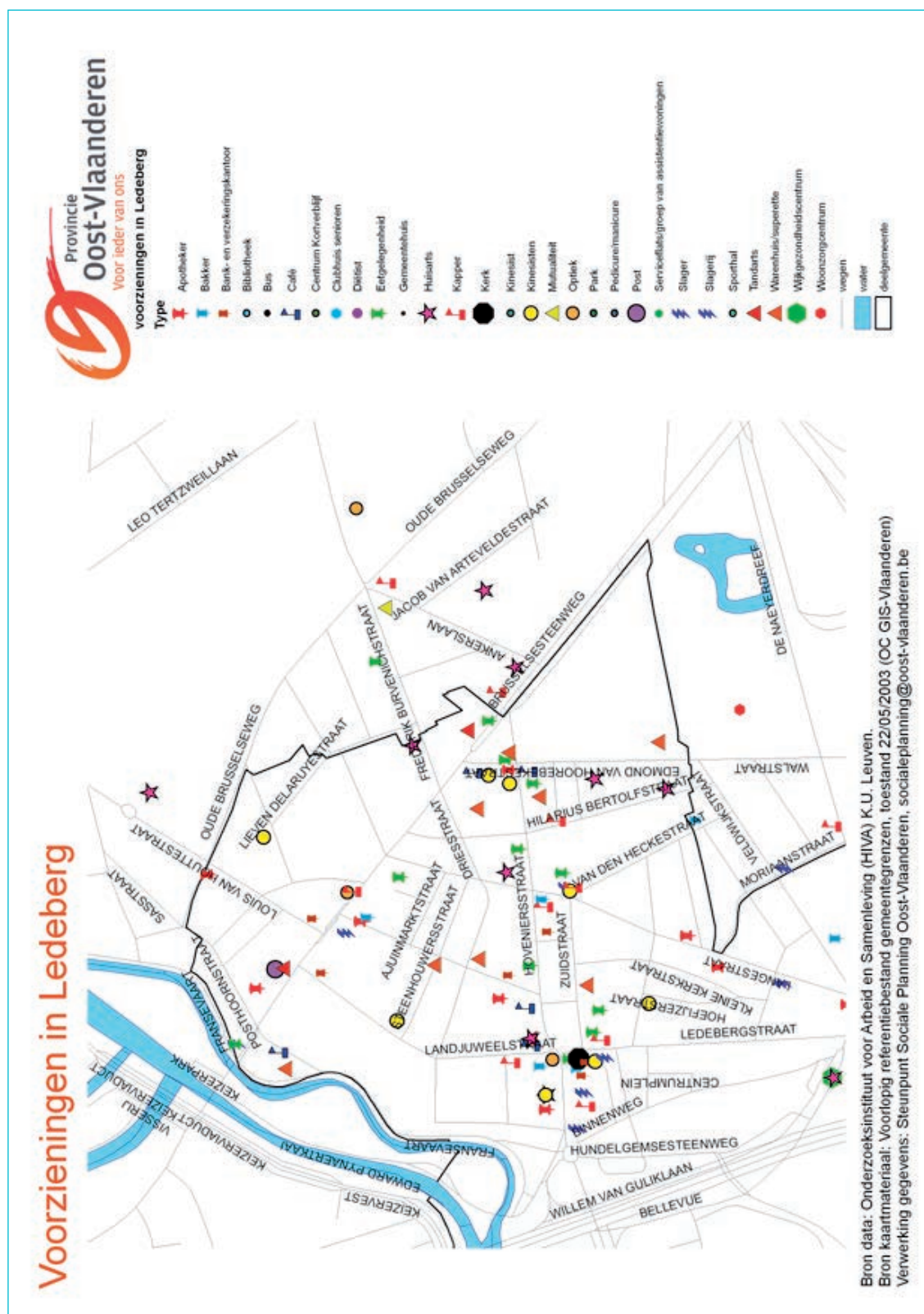


**Figuur 6.2** Middenstedelijk gebied: situatie in Grembergen



**BRON** Steunpunt Sociale Planning Provincie Oost-Vlaanderen op basis van data aangeleverd door het HIVA

**Figuur 6.3** Stedelijk gebied: situatie in Ledeberg



**BRON** Steunpunt Sociale Planning Provincie Oost-Vlaanderen op basis van data aangeleverd door het HIVA



De aanwezigheid van de voorzieningen/diensten uit de thuis- en ouderenzorg in een bepaalde stad of gemeente is grotendeels afhankelijk van de programmatiecijfers. Op basis van cijfers van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid kan een gedetailleerd overzicht bekomen worden van de huidige en toekomstige situatie van de thuiszorg en ouderenzorg per gemeente. Dit vormt mogelijks ook een opportuniteit wanneer naar de realisatiegraad gekeken wordt.

**Tabel 6.1** Huidige situatie en programmatie ouderenzorg en thuiszorg

Type voorziening	Huidige situatie en programmatie
Woonzorgcentra	<a href="http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatiewoonzorgcentra">http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatiewoonzorgcentra</a>
Dagverzorgingscentra	<a href="http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatiedagverzorging">http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatiedagverzorging</a>
Centra voor kortverblijf	<a href="http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatiekortverblijf">http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatiekortverblijf</a>
Diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg	<a href="http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatie_gezinszorg_en_aanvullende_thuiszorg">http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatie_gezinszorg_en_aanvullende_thuiszorg</a>
Logistieke hulp	<a href="http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatie_logistieke_hulp">http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatie_logistieke_hulp</a>
Thuisverpleging	<a href="http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Thuiszorg/Programmatie-van-diensten-voor-thuisverpleging/">http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Thuiszorg/Programmatie-van-diensten-voor-thuisverpleging/</a>
Lokale dienstencentra	<a href="http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Thuiszorg/Programmatie-van-lokale-dienstencentra/">http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Thuiszorg/Programmatie-van-lokale-dienstencentra/</a>

BRON Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid

### 6.1.3 Het detecteren van behoeften en hiaten: ouderenbehoefteonderzoek

Bij het detecteren van hiaten/leemten dient ook gekeken worden naar de behoeften en het profiel van de ouderen zelf. Het provinciebestuur Oost-Vlaanderen voerde in samenwerking met de Vrije Universiteit Brussel (VUB) een ouderenbehoefteonderzoek uit in 41 Oost-Vlaamse gemeenten.<sup>79</sup> De potentiële responsgroep werd gevormd door 60-plus-sers, wat op zich dus een ruime interpretatie is van het begrip 'oudere'. De gestandaardiseerde vragenlijst ging in op volgende onderwerpen: socio-demografische indicatoren, woning en huisvesting, buurtvoorzieningen, buurtbetrokkenheid, buurtproblemen, mobiliteit, eenzaamheid, onveiligheid, zingeving, ouderdomsbeeld, gezondheid, hulpverlening, informatieverstrekking, dienstverlening, cultuurparticipatie, participatie in het verenigingsleven, participatie in ouderenverenigingen, vrijwilligerswerk, politieke betrokkenheid en invloed, mediagebruik, vrijetijdsactiviteiten en pensionering. Heel veel van deze onderwerpen zijn te kaderen binnen de doelstellingen van een woonzorgnetwerk en een woonzorgzone, met name een verhoogde aandacht voor en het afstemmen van zorg, welzijn en wonen. Deze resultaten kunnen in grote mate bijdragen bij het detecteren van de huidige behoeften en hiaten in een specifieke gemeente. Bij de opstartfase kunnen deze resultaten zeer dienstig zijn voor de voorzieningen en diensten die een woonzorgnetwerk willen implementeren en tot een uitbouw willen komen van een woonzorgservicegebied/woonzorgzone. De resultaten per gemeente kunnen bij het

<sup>79</sup> Het ging hierbij om volgende gemeenten: Aalter, Assenede, Beveren, Brakel, Deinze, Denderleeuw, Dendermonde, De Pinte, Destelbergen, Eeklo, Erpe-Mere, Geraardsbergen, Herzele, Kluisbergen, Kruibeke, Kruishoutem, Laarne, Lochristi, Lokeren, Lovendegem, Melle, Merelbeke, Nazareth, Ninove, Oosterzele, Ronse, Sint-Gillis-Waas, Sint-Laureins, Sint-Lievens-Houtem, Sint-Niklaas, Stekene, Temse, Waarschoot, Wachtebeke, Wetteren, Wichelen, Zingem, Zottegem, Zwalm.

Steunpunt Sociale Planning van de directie Welzijn en Gezondheid (mieke.van.opstal@oost-vlaanderen.be) opgevraagd worden.

## 6.2 Uitbouw van de woonzorgnetwerken: eigen situatie vergeleken met de regio/Provincie (resultaat bevraging) en sterkte-zwakteanalyse

Na de terreinverkenning en de afbakening ervan, kunnen de eerste stappen gezet worden tot het uitnodigen van mogelijke partners, de bepaling van de doelstellingen en de inhoudelijke bepaling. Vervolgens kan tot actie overgegaan worden met de partners die wensen in te stappen in het samenwerkingsverband. Een goede opvolging en evaluatie zullen cruciaal zijn voor het welslagen van het woonzorgnetwerk. We raden wel aan rekening te houden met de voorwaarden, knelpunten, aandachtspunten en succesfactoren die via de experimenten ‘woonzorgnetwerken’ (zie hoofdstuk 2) en de elektronische bevraging (zie hoofdstuk 3) werden opgesteld. Ze zijn immers afkomstig van ‘ervaringsdeskundigen’. We verwijzen hierbij ook naar het werkboek ‘GPS 2021’ van Zorgnet Vlaanderen en de handleiding gepubliceerd door de VVSG (2010).

De geaggregeerde resultaten van de elektronische bevraging bij de WZC in Oost-Vlaanderen kunnen hierbij een leidraad vormen. Men krijgt immers zicht op de huidige samenwer-

kingsverbanden, zowel naar aanwezige partners als naar inhoud. Tegelijk kan men zich hiermee vergelijken en positioneren. De grafieken die in het derde hoofdstuk werden besproken zijn beschikbaar gesteld in de Excel-toepassing. Dit laat toe op actieve wijze onderstaande aangegeven keuzes (welke doelstellingen, partners, taken) te implementeren en te vergelijken met de resultaten van de responsgroep. Maar ook de reeds bestaande samenwerkingsverbanden kunnen ingevoerd worden. Omwille van privacyredenen zijn in de meegeleverde Excel-toepassing geen individuele resultaten beschikbaar gesteld. De eigen ingegeven data en resultaten kunnen wel aangevraagd worden bij de dienst Preventie, Hulpverlening en Zorg (frans.meyfrootd@oost-vlaanderen.be).



### 6.2.1 Keuze van de doelstellingen: leemten en noden

Het vooronderzoek heeft mogelijks leemten en noden aan het licht gebracht. Deze kunnen in onderstaande tabel aangevinkt worden. De vorige hoofdstukken kunnen helpen bij het behandelen van deze actiedomeinen. In de experimenten ‘woonzorgnetwerken’ en de focusgroepen is er immers in sterke mate gefocust op deze actiedomeinen.

**Tabel 6.2** Actiedomeinen te realiseren via het woonzorgnetwerk

Actiedomeinen	Te realiseren
Verbetering vervoer	<input type="checkbox"/>
Verhogen woningaanpassingen	<input type="checkbox"/>
Verhogen gebruik personenalarmsysteem	<input type="checkbox"/>
Uitbouw informatiepunt/loket	<input type="checkbox"/>
Uitbouw 24-uren permanentie /nachtopvang	<input type="checkbox"/>
Voorzien aangepaste woonvormen	<input type="checkbox"/>
Verhogen betrokkenheid mantelzorger	<input type="checkbox"/>
Uitbouw haal- en brengfuncties	<input type="checkbox"/>
Verhogen buurtbetrokkenheid	<input type="checkbox"/>
Uitbouw sociaal- en verkeersveilige omgeving	<input type="checkbox"/>
Verbeteren taakafspraken tussen zorgaanbieders	<input type="checkbox"/>
Mobiliseren vrijwilligers	<input type="checkbox"/>
Ander actiedomein:	<input type="checkbox"/>
Ander actiedomein:	<input type="checkbox"/>

**BRON** Eigen tabel

## 6.2.2 Keuze van de (professionele) partners

De keuze van de actiedomeinen zal ook de keuze van de betrokken partners bepalen. Dit houdt in dat niet elke partner die uitgenodigd was voor overleg evenwel zal betrokken worden bij de implementatie van het woonzorgnetwerk en de uitbouw van het woonzorgservicegebied/de woonzorgzone. De weerhouden deelnemers aan het woonzorgnetwerk kunnen aangevinkt worden in onderstaande tabel. Deze kunnen ook in het elektronisch werkboek ingevuld worden.

De Excel-toepassing biedt een overzicht aan van alle opgegeven samenwerkingsverbanden door de responsgroep. We vroegen hierbij naar een korte omschrijving/beschrijving van het samenwerkingsverband. Het heeft een eerste beeld van de inhoud van de samenwerking en ook van de betrokken partners. Zie hierbij het elektronisch werkboek: **Aantal woonzorgnetwerken/ samenwerkingsverbanden per woonzorgcentrum**. Aan de woonzorgcentra is eveneens gevraagd om hun vier belangrijkste samenwerkingsverbanden relevant voor de lokale samenwerking en uitbouw van de woonzorgzone, verder in detail te beschrijven. Het biedt vooreerst een overzicht van de partners die betrokken zijn bij de samenwerkingsverbanden (=breedte van de samenwerking). Zie hierbij het elektronisch werkboek: **Aantal betrokken partners bij het samenwerkingsverband**. Maar ook de diepte of intensiteit van de samenwerking werd bevraagd, met name hoeveel partijen van een bepaald type voorziening zijn er aanwezig in het samenwerkingsverband. Het is immers bijvoorbeeld perfect mogelijk dat er meerdere diensten gezinszorg of woonzorgcentra aanwezig zijn in een woonzorgnetwerk. De Excel-toepassing biedt dus de mogelijkheid om de samenstelling van het nieuwe samenwerkingsverband te vergelijken met de geaggregeerde resultaten. Zie hierbij het elektronisch werkboek: **Aantal betrokken partijen per partner aanwezig in het samenwerkingsverband**.

**Tabel 6.3** Checklist deelnemers aan het woonzorgnetwerk

Deelnemers aan het woonzorgnetwerk	Aanwezig in het woonzorgnetwerk
<i>Residentiële en transmurale zorgvoorzieningen</i>	
Woonzorgcentrum	<input type="checkbox"/>
Centrum voor kortverblijf	<input type="checkbox"/>
Dagverzorgingscentrum	<input type="checkbox"/>
Centrum voor herstelverblijf	<input type="checkbox"/>
Ziekenhuis	<input type="checkbox"/>
Voorziening personen met een handicap	<input type="checkbox"/>
Voorziening geestelijke gezondheidszorg	<input type="checkbox"/>
<i>Aangepaste woonvormen</i>	
Serviceflats / groep van assistentiewoningen	<input type="checkbox"/>
Aanleunwoningen	<input type="checkbox"/>
Kangoeroewoningen	<input type="checkbox"/>
<i>Thuiszorg</i>	
Dienst gezinszorg en aanvullende thuiszorg	<input type="checkbox"/>
Dienst voor logistieke hulp	<input type="checkbox"/>
Dienstenchequeonderneming	<input type="checkbox"/>
Dienst voor oppashulp	<input type="checkbox"/>
Dienst voor thuisverpleging	<input type="checkbox"/>
Dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds	<input type="checkbox"/>
Vereniging van gebruikers en mantelzorgers	<input type="checkbox"/>
Klusjesdienst / dienst karwei-hulp	<input type="checkbox"/>
Lokaal dienstencentrum	<input type="checkbox"/>
Regionaal dienstencentrum	<input type="checkbox"/>
<i>Eerstelijnszorg</i>	
Huisarts	<input type="checkbox"/>
Apotheker	<input type="checkbox"/>
Tandarts	<input type="checkbox"/>
Kinesitherapeut	<input type="checkbox"/>
Diëtist	<input type="checkbox"/>
Pedicure / manicure	<input type="checkbox"/>
Ergotherapeut	<input type="checkbox"/>
Psycholoog	<input type="checkbox"/>
<i>Overige (welzijns)diensten</i>	
OCMW	<input type="checkbox"/>
Gemeente(bestuur)	<input type="checkbox"/>
Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW)	<input type="checkbox"/>
(Sociale) huisvestingsmaatschappij	<input type="checkbox"/>
<i>Andere (welzijns)diensten</i>	
...	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>

**BRON** Eigen tabel

Tegelijk kan aangeduid worden of deze weerhouden partners aanwezig/actief zijn in de woonzorgzone/het woonzorgservicegebied. Bij de voorbereiding om tot een woonzorgnetwerk te komen suggereerden wij om een overzicht te maken van alle aanwezige voorzieningen en dit vervolgens te visualiseren via GIS. Deze gegevens kunnen nu ook gebruikt worden bij deze oefening. Zie hierbij het elektronisch werkboek: **Aanwezige voorzieningen op basis van GIS.**

**Tabel 6.4** Voorzieningen aanwezig in een woonzorgzone/woonzorgservicegebied

Deelnemers aan het woonzorgnetwerk	Aanwezig of niet in de woonzorgzone/ het woonzorgservicegebied	
	Aanwezig	Niet aanwezig
<i>Residentiële en transmurale zorgvoorzieningen</i>		
Woonzorgcentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centrum voor kortverblijf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagverzorgingscentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centrum voor herstelverblijf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voorziening personen met een handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voorziening geestelijke gezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Aangepaste woonvormen</i>		
Serviceflats / groep van assistentiewoningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanleunwoningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kangoeroewoningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Thuiszorg</i>		
Dienst gezinszorg en aanvullende thuiszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienst voor logistieke hulp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstenchequeonderneming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienst voor oppashulp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienst voor thuisverpleging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereniging van gebruikers en mantelzorgers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klusjesdienst / dienst karwei-hulp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokaal dienstencentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regionaal dienstencentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Eerstelijnszorg</i>		
Huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinesitherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diëtist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedicure / manicure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psycholoog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deelnemers aan het woonzorgnetwerk	Aanwezig of niet in de woonzorgzone/ het woonzorgservicegebied	
	Aanwezig	Niet aanwezig
<i>Overige (welzijns)diensten</i>		
OCMW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeente(bestuur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Sociale) huisvestingsmaatschappij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Andere (welzijns)diensten</i>		
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BRON Eigen tabel

### 6.2.3 Keuze van de acties

De acties die men gaat ondernemen zijn een invulling van de actiedomeinen die men wenst te realiseren via een samenwerkingsverband. Zoals reeds aangegeven kunnen de vorige hoofdstukken helpen bij de bepaling van de acties, een aantal 'good practices' worden hierin beschreven. De taken die hierbij zullen worden opgenomen kunnen heel divers zijn. In het Woonzorgdecreet worden een aantal taken opgelijst die door een woonzorgnetwerk zouden moeten gerealiseerd worden. Men zou bij de implementatie van het samenwerkingsverband hiermee rekening kunnen houden. Alvast is voor de samenwerkingsverbanden die werden opgelijst door de responsgroep gekeken in welke mate zij deze taken realiseren. Zie hierbij het elektronisch werkboek: **Taken opgenomen door het samenwerkingsverband.**

**Tabel 6.5** Activiteiten + raming in te zetten middelen

Activiteit (verder detail is mogelijk)	Aanbieden	Indien aangeboden, welke middelen (personeel, vrijwilligers, ...)?
Verbetering vervoer	<input type="checkbox"/>	...
Verhogen woningaanpassingen	<input type="checkbox"/>	...
Verhogen gebruik personenalarmsysteem	<input type="checkbox"/>	...
Uitbouw informatiepunt/loket	<input type="checkbox"/>	...
Uitbouw 24-uren permanentie /nachtopvang	<input type="checkbox"/>	...
Voorzien aangepaste woonvormen	<input type="checkbox"/>	...
Verhogen betrokkenheid mantelzorger	<input type="checkbox"/>	...
Uitbouw haal- en brengfuncties	<input type="checkbox"/>	...
Verhogen buurtbetrokkenheid	<input type="checkbox"/>	...
Uitbouw sociaal- en verkeersveilige omgeving	<input type="checkbox"/>	...
Verbeteren taakafspraken tussen zorgaanbieders	<input type="checkbox"/>	...
Mobiliseren vrijwilligers	<input type="checkbox"/>	...
Andere activiteiten	<input type="checkbox"/>	...

BRON Eigen tabel

## 6.2.4 Keuze van de organisatievorm

De keuze van de organisatievorm omvat verscheidene onderdelen. Vooreerst kan de typologie van het samenwerkingsverband bepaald worden. De samenstelling zal dit bepalen.



Een ‘woonzorgnetwerk’ gedefinieerd in het Woonzorg-decreet beoogt een samenwerking tussen voorzieningen in de thuiszorg en de ouderenzorg. Uit de elektronische bevraging is echter gebleken dat de meeste samenwerkingsverbanden een andere typologie hebben. Zie hierbij het elektronisch werkboek: **Typologie van het samenwerkingsverband**. Daarnaast zal het van belang zijn te bepalen wie de coördinatie van het samenwerkingsverband op zich zal nemen. Dit kan ook een gedeelde bevoegdheid zijn. De eigen situatie kan hierbij vergeleken worden met de responsgroep. Zie hierbij het elektronisch werkboek: **Coördinator van het samenwerkingsverband**. Maar ook de keuze over een eventueel juridisch statuut om de samenwerking te formaliseren kan gemaakt worden.<sup>80</sup>

## 6.2.5 Monitoring van de resultaten: nulmeting en vooruitgang

Er moet een balans nagestreefd worden tussen extra outcome en extra input: additionaliteit in de resultaten moet zichtbaar zijn. Dit is vaak niet het geval, zodat het samenwerkingsverband niet duurzaam is, of eerder defensief van aard. De input kan slaan op ingezet personeel, financiële middelen, gespendeerde tijd.

---

<sup>80</sup> Zo zou bijvoorbeeld een ‘zorgcoöperatie’ opgericht kunnen worden (Gijssels, 2013). Hierbij kunnen verschillende types onderscheiden worden (Gijssels, Coates & Deneffe, 2011; Van Opstal, 2011): een consumentencoöperatie opgericht door zorgbehoevenden (of bijvoorbeeld mantelzorgers) wanneer zij een tekort in het zorgaanbod ervaren; een werknemerscoöperatie waarbij men een zorgaanbod wenst te realiseren; een producentencoöperatie opgericht door zorgaanbieders; een Multi-stakeholders-coöperatie waarin zowel zorgbehoevenden, werknemers, zorgaanbieders of andere lokale actoren betrokken kunnen zijn. De juridische uitwerking kan leiden tot de oprichting van bv. een coöperatieve vennootschap met beperkte of onbeperkte aansprakelijkheid (CVBO) of (CVOA). De vennootschap met sociaal oogmerk (VSO) is een modaliteit die aan deze types van vennootschappen kan worden gekoppeld (Gijssels, Coates & Deneffe, 2011). Tegelijk is het een streven naar meer actieve betrokkenheid, participatie, ‘empowerment’ van de zorgbehoevende (Gijssels, 2013).

**Tabel 6.6** Actiedomeinen : huidige en nieuwe situatie

Actiedomein	Huidige situatie (nulmeting)		Nieuwe situatie	
	Input	Outcome	Input	Outcome
Verbetering vervoer				
Verhogen woningaanpassingen				
Verhogen gebruik personenalarmsysteem				
Uitbouw informatiepunt/loket				
Uitbouw 24-uren permanentie /nachtopvang				
Voorzien aangepaste woonvormen				
Verhogen betrokkenheid mantelzorger				
Uitbouw haal- en brengfuncties				
Verhogen buurtbetrokkenheid				
Uitbouw sociaal- en verkeersveilige omgeving				
Verbeteren taakafspraken tussen zorgaanbieders				
Mobiliseren vrijwilligers				
Ander actiedomein:				
Ander actiedomein:				

**BRON** Eigen tabel

## 6.2.6 Evaluatie en leren uit de lessen

Innovatie is geen ‘duplication en replication’. Met moet vermijden dat men gaat vervangen wat reeds bestaat. Dit verklaart waarschijnlijk ook het defensieve gevoel bij zeer veel partners. Uit de evaluatie van het samenwerkingsverband kunnen lessen getrokken worden (bijsturen waar nodig) en kan er eventueel ingespeeld worden op nieuwe leemtes en noden. De evaluatie dient te gebeuren op basis van een aantal meetbare indicatoren. Dit kan natuurlijk per actiedomein verschillen.

In de memorie van toelichting bij het ontwerp van het Woonzorgdecreet worden een aantal voorbeelden gegeven hoe de output van het woonzorgnetwerk kan gemeten worden (Vlaams Parlement, 2008, p. 57):

- tijdspanne waarbinnen een aanvraag voor de opvang in een centrum voor kortverblijf of een dagverzorgingscentrum effectief resulteert in een opname;
- het aantal bewoners van het woonzorgcentrum dat het lokale dienstencentrum in zijn werking betreft;
- de activiteiten die een lokaal dienstencentrum in het woonzorgcentrum organiseert;
- de maximale periode waarin gezinszorg kan onderbroken zijn;
- de snelheid waarin het woonzorgnetwerk aan een thuiswonende, zorgbehoevende oudere een (tijdelijk) alternatief realiseert, wanneer één of meerder partners die zorg aan huis leveren tijdelijk in de onmogelijkheid verkeren om de zorg te continueren.
- Maar ook andere indicatoren zijn denkbaar:
- jaren langer zelfstandig wonen in de huidige woning;
- aantal mensen dat jaarlijks de wijk moet verlaten vanwege zorgzwaarte;
- bewonersonderzoek;
- schalen voor kwaliteit van dagdagelijks leven;
- ...





## epiloog

Bijna dertig jaar na een eerste eigen onderzoek over de thuiszorg in Vlaanderen, met daarin een eerste onderzoek over de impact van samenwerking in de thuisgezondheidszorg in Gent, was de opstelling van dit rapport als een tocht van een reiziger die na vele jaren terug komt in een stad, en ziet dat veel gebleven is, maar ook veel veranderd is. Maar misschien is toch minder anders, dan wat gebleven is. Want instituties, gewoonten en misschien vooral de hulpbehoevende personen veranderen minder snel dan men denkt. Toch zijn wij steeds op zoek naar wat verandert, in de hoop dat het een verbetering is.

Dertig jaar terug reeds was de samenwerking in de thuiszorg aan de orde. De belangrijkste disciplines die wij tegenkwamen waren de huisarts, de thuisverpleegkundige, de gezinszorg, het maatschappelijk werk. Wij kwamen het discours tegen van de verplaatsing van het ziekenhuisbed naar het thuismilieu ('thuishospitalisatie'), zodat ontslagmanagement en inkorten van de hospitalisatie belangrijk waren. Vandaag komen wij dezelfde disciplines tegen, maar ook nieuwe, het woonzorgcentrum of de ergotherapeut die de woning zelf wenst aan te passen aan de behoeften van langdurige zorg. Uitstel van opname in het woonzorgcentrum wordt een meetbare doelstelling en samenwerking tussen residentiële zorg en thuiszorg komt op het voorplan. Daarmee is wel veel verandering ingeluid. Maar één zwaluw maakt de lente niet.

Intramurale zorg, extramurale zorg, transmurale zorg waren categorieën voor diensten en voorzieningen die wij vroeger probeerden af te bakenen. Vandaag onderscheiden wij ze nog steeds, maar merken wij dat ze minder en minder te scheiden zijn. Regelgeving hinkt steeds na op de realiteit meenden wij vroeger. Met het woonzorgnetwerk leek men de realiteit te willen voorlopen. Het project van de Provincie Oost-Vlaanderen voedt de verwachtingen omtrent dit woonzorgnetwerk. Maar het is niet het enige. Zorgnet Vlaanderen in zijn GPS 2021 'Sloop(t) de muren' terwijl zij tien jaar voordien met hun Vlaams Zilver nog vooral dachten over het open zetten van deuren en vensters. De verwachtingen gecreëerd bij de VVSG over het woonzorgnetwerk en de uitgelezen kans dat dit zou moeten vormen voor de lokale openbare besturen, illustreren het grote potentieel. Worden deze nu ook zo ervaren in de realiteit? Het actieonderzoek dat wij hier voor de Provincie Oost-Vlaanderen

uitvoeren biedt door zijn veelvoud van gehanteerde methoden een multidimensioneel beeld van wat bij de aanbieders leeft. Bevraging van de woonzorgcentra over hun samenwerking met hun omgeving en de thuiszorg, bevraging via focusgroepen van de thuiszorgdiensten over hun wens tot samenwerking met de woonzorgcentra, analyse van de registraties in overlegdossiers, zij leren één zaak: deze samenwerking is nog altijd op een laag pitje. Het uitstippelen van een traject voor de cliënt veronderstelt ontegensprekelijk een nauwere samenwerking tussen thuiszorg en ouderenzorg. Op basis van de elektronische bevraging stelden we reeds vast dat dit nog volop in ontwikkeling is. Maar ook in de focusgroepen werd maar sporadisch melding gemaakt van een samenwerking tussen beide ‘werelden’.

Woonzorgcentra werken in eerste instantie samen met woonzorgcentra. In het thuiszorgoverleg komt het woonzorgcentrum nog altijd weinig voor. Dit kan illustreren dat ook hier misschien ‘wetten en praktische bezwaren’ nog altijd in de weg staan, maar ook illustreren dat de behoefte aan verregaande en intensieve samenwerking misschien niet echt nodig is. Of dat men elkaar nog altijd onvoldoende gevonden heeft? Aan dat laatste wenst dit handboek te verhelpen.

De handleiding die wij uiteindelijk hier opgesteld hebben zal helpen bij de ‘partnerkeuze’. De ‘liefde is immers ook hier een werkwoord’ en zal van de twee kanten moeten komen. De titel van dit handboek neemt duidelijk die twee kanten van de samenwerking in ogenschouw: de woonzorgcentra zijn nog steeds voornamelijk residentiële voorzieningen; de woonzorgzone, die wij hier verruimd hebben tot een woonzorgservicegebied, is duidelijk een buurt-, wijkgericht concept. Het is vermaatschappelijkte zorg. Het is zorg aan huis gebracht. Het telkens gecombineerd gebruiken van de term ‘wonen’ en ‘zorg’, sloopt ook dat onderscheid, en dit zowel in de thuiszorg als de residentiële zorg. En tussen de twee in kunnen er nog veel mengvormen ontstaan die wij vroeger de transmurale zorg noemden. Echt nieuw is de combinatie van wonen en zorg overigens niet voor wie leest wat er werkelijk staat: thuiszorg spreekt over een thuis, het rusthuis van weleer is ook altijd een ‘huis’ gebleven. En dat wordt een echte ‘thuis’ wanneer de aandacht en zorg goed is. Dat er daarbij nog tal van andere spelers actief kunnen zijn dan de klassieke aanbieders, is ook duidelijk in deze omwille van de vergrijzing weldra ‘boomende’ sector. De echte groei moet nog komen, terwijl men tot nu toe toch al veel groei en bloei heeft gekend. Zowel private non-profit, openbare als tal van commerciële initiatieven verschijnen in beeld, zodat zorgleemten, blinde vlekken, vergeten groepen of vergeten mensen haast ondenkbaar zouden moeten zijn. Maar blijkbaar heeft men niet altijd het overzicht bij de hand, zodat zowel het gevaar van blinde vlekken als het gevaar van doublures en plethora bestaat, of heeft men elkaar nog altijd niet leren kennen. Deze handleiding is daarom in eerste instantie een werkboek geworden om de inventaris te maken van wie wat samen zou kunnen verder uitbouwen. Hierbij voor ogen houdende het belang van spaarzaamheid en efficiëntie. In de samenwerking of dankzij de samenwerking. Een goede inschatting van de inzet van extra middelen, en de extra output, en de uitgespaarde middelen zijn dan ook essentieel.

Gelukkig leiden vele wegen naar hetzelfde Rome. Zo stellen wij vast dat vele componenten van een woonzorgzone gerealiseerd kunnen worden door het aangaan van een samenwerking in het kader van een ZP3-project. Deze initiatieven zouden ook georganiseerd kunnen worden via het introduceren van woonzorgnetwerken. De innovatie in het kader van de ZP3-projecten liggen in lijn met de doelstellingen van een ‘woonzorgnetwerk’. Op basis van de evaluatie van de ZP3-projecten zou het uitvoeringsdecreet betreffende de invoering van woonzorgnetwerken verder uitgewerkt kunnen worden.

Blijkbaar zijn tal van concepten nog niet voldoende doorgedrongen. Wij hebben de begrippen woonzorgzone en woonzorgservicegebied uitgezuiverd door het onderscheid

te onderlijnen tussen de uitbouw van de zorg binnen het bereik van een gebied van ongeveer 200 meter, een uit de kluiten gewassen campus, (sommigen noemen de woonzorgzone een ‘geëxplodeerd’ woonzorgcentrum) en het woonzorgservicegebied dat een bevolking van ongeveer 10 000 inwoners moet bedienen. De literatuur hierover is al meer dan een decennium gemeengoed geworden in Vlaanderen. Het recente Woonzorgdecreet kent de term niet. En velen van onze respondenten haakten af toen wij hen vroegen om in te vullen of zij een woonzorgzone hadden, en welke voorzieningen daar beschikbaar waren. Het kan gelegen hebben aan de lengte van onze bevraging. Maar belangrijker dan de benaming is de werkelijkheid zelf, en daar denken wij dat er toch meer bestaat dan wij hier gerapporteerd hebben. Maar toch mag men de inburgering van nieuwe begrippen niet onderschatten. Toen wij ongeveer dertig jaar terug onze eerste studie over de thuiszorg voorstelden op het HIVA vroeg de toenmalige voorzitter, ook voorzitter van het ACW, Willy D’Havé van waar de term mantelzorg kwam. Nu staat er voor het gebouw van het ACW in Brussel een kunstwerk voor de mantelzorg en is met de mantelzorgpremie in de Vlaamse Zorgverzekering de term mondgemeen geworden.

De behoeften waarop men zich richt in de nieuwe vormen van samenwerking zijn niet zelden basaal maar daarom juist vitaal. Het zijn immers activiteiten van het dagelijks leven. De termen wonen en zorg zijn basaal. De behoeften zijn deze van het dagelijks leven. Behoeften aan aangepaste huisvesting, aan veiligheid, aan mobiliteit, zijn enkele voorbeelden die elke persoon als hij hulpbehoevend wordt ook zal ondervinden.

Vele gemeenten/steden worden geconfronteerd met de uitdaging om een voldoende ruim aanbod aan vervoer te organiseren. Zelfs via het inzetten van vrijwilligers, die nog voor zoveel andere zaken nodig zijn, kan blijkbaar aan de grote vraag niet voldaan worden. Maar al te vaak worden de mogelijkheden voor inschakelen van gesubsidieerde arbeid, via SINE projecten of via gebruik of heroriëntatie van de dienstencheques, onvoldoende benut. Al zien wij nieuwe beloftevolle experimenten ontstaan in de sfeer van boodschappen en aan huisbestelling bij bpost<sup>81</sup>. Maar daar horen<sup>82</sup> wij dat bijvoorbeeld betaling van strijk geregeld wordt in het strijkatelier via de dienstencheque, maar hoe komt de strijk

in het strijkatelier en terug thuis? Ook een voorbeeld van mogelijke heroriëntatie van de dienstencheque. Idem voor kwaliteitsvolle woningen, waar ergonomisch verantwoorde aanpassingen, en de aanwezigheid van een personenalarmsysteem maken dat mensen langer kunnen thuis blijven en langer kunnen thuis verzorgd worden. Het Platform Wonen van Ouderen startte de sensibilisering hierover reeds meer dan 20 jaar geleden. Overigens was dat Platform toen ook een gezamenlijk initiatief van de Provinciebesturen. En van bij de eerste vergadering (uw dienaar Jozef Pacolet was voorzitter geworden van het Platform) werd beklemtoond dat dit platform moest handelen over woonkwaliteit in zowel de thuissituatie als de residentiële setting. Het Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid (ENTER vzw)<sup>83</sup> levert hierbij alvast in



<sup>81</sup> ‘Al je boodschappen gebundeld aan huis op afspraak’, in Xenarjo, maart 2013.

<sup>82</sup> Gesprek met verantwoordelijke bpost voor dit soort projecten.

<sup>83</sup> <http://www.entervzw.be>

opvolging van het Platform Wonen van Ouderen belangrijke letterlijk en figuurlijk laagdrempelige nieuwe inspiratie, onder meer via de publicatie van de 'Ontwerpgids meegroeiwonen'<sup>84</sup> (update van de 'Ontwerpgids Levenslang wonen' (1999)). Eveneens kan men op de website van 'De Zilveren Sleutel' terecht voor heel concrete informatie rond aangepast wonen.<sup>85</sup>

Een belangrijk deel van het onderzoeksproject werd bevraagd vanuit het oogpunt van de woonzorgcentra. Dat was de focus van de opdracht. Maar dat doet geen uitspraak over waar de focus dient te liggen in de praktijk. Wij waren ons bewust dat dit een kijk op de zaak zou opleveren vanuit een bepaald perspectief. Wij interpreteerden het ook als een soort positieve actie van de opdrachtgever, het Provinciebestuur, om de WZC meer te betrekken in de woonzorgzones en woonzorgnetwerken. Bij de opstart van het project werd ons gevraagd of wij niet de thuiszorg of de lokale overheden dreigden te vergeten met deze opstelling. De invalshoek zou ook van die kant kunnen genomen zijn. Deels hebben wij via de focusgroepen en het overleg in de SEL's ze overigens wel extra bevraagd. En de OCMW's zijn 1/3 van de WZC in Oost-Vlaanderen en zelfs 43% van onze respondenten WZC. In elke stad of gemeente zijn zij per definitie ook een potentieel samenwerkingsverband van residentiële en thuiszorg en alle mogelijke tussenvormen. Belangrijker is dus vanuit de invalshoek die wij ingenomen hebben, de thuiszorgspelers of de openbare sector al dan niet te ontwaren, in hun samenwerking met de residentiële zorg.

Om bepaalde aspecten uit de woonzorgzone, en bij uitbreiding het woonzorgservicegebied te creëren lijkt volgens de aanwezigen in de focusgroepen de ondersteuning van gemeentelijk/stedelijke diensten gewenst. In dat opzicht zou het opnemen van bepaalde doelstellingen in het lokaal sociaal beleidsplan een belangrijke aanzet betekenen. Ook elders in het rapport komen de OCMW's nadrukkelijk naar voren. Wij vreesden elders op herhaalde momenten dat de lokale overheden zich uit belangrijke segmenten van de zorg gaan terugtrekken, of zich gaan beperken tot de regierol. De penibele budgettaire situatie kan dat voor vele in de nabije toekomst nog versterken. Wie voorliggend rapport aandachtig leest, het werkboek zelf gebruikt, en wat dat betreft wel de regisseur wordt, of liever de scriptschrijver, zal de vele mogelijkheden van deze lokale besturen herontdekken. Wij zouden zelfs, in termen van Michael Porter<sup>86</sup>, durven spreken van een 'competitief voordeel'.

Ouderenzorg is in eerste instantie nabijheidszorg, en dus sterk lokaal verankerd. De nood aan het kennen en bespreken van de lokale problemen en werking met alle betrokken actoren is een regelmatig gehoorde opmerking in de focusgroepen. Het creëren van samenwerkingsverbanden kan deze opmerking mogelijks remediëren, in het belang van de cliënt en van de aanbieder van zorg. Samenwerking en overleg is tijdsintensief. In die zin is het zoeken naar goede samenwerkingsprotocollen essentieel. Maar deze starten met het kennen, herkennen en erkennen van de partners. Ook persoonlijk. Wij observeerden dat zelfs onze focusgroepen welgekomen momenten van eerste kennismaking waren met de lokale partners in de zorg.

Maar de deelnemers in dit domein en het netwerk van samenwerking zijn klassiek. Niemand heeft het monopolie. Iedereen wordt uitgenodigd tot samenwerking. Alle handen kunnen helpen. Terwijl het in eerste instantie een doe-het-zelf handleiding ging worden, is geleidelijk aan wel een opportuniteit ontstaan voor (nog meer) samenwerking met het

---

<sup>84</sup> <http://www.meegroeiwonen.info>

<sup>85</sup> <http://www.dezilverensleutel.be>

<sup>86</sup> Porter, M.E. (1985) *Competitive Advantage*, Free Press, New York, 1985

Provinciebestuur. Ook daar is het een opportuniteit die men moet grijpen van beider kanten en met beide handen.

Dit brengt ons ten slotte bij de opportuniteit van deze studie en het werkboek. De informatie over de woonzorgnetwerken en de woonzorgzones is ten vertrouwelijke titel opgevraagd en verwerkt. Waarvoor nogmaals dank overigens aan de respondenten. Maar wij hebben deze informatie ten vertrouwelijke titel opgevraagd. Dat was misschien verkeerd. Dit soort informatie over samenwerking moet fier en vrunk publiekelijk geafficheerd worden. Het zijn de 'links' die op elke webpagina moeten staan en bijgevolg de 1001 contactmomenten moeten uitlokken. Onze databank zou best publiek beschikbaar geweest zijn, zodat ook een andere vraag van zowel het Provinciebestuur maar ook van iedere speler in deze sector kan beantwoord worden, met name: "Waar zijn de blinde vlekken?." Wij hopen dat in een volgende 'vintage' (jaargang) men er enerzijds in slaagt alle WZC te laten meewerken, en anderzijds de databank open te stellen zodat eenieder die zich geroepen voelt, deze leemten kan opzoeken en invullen. Ook de rijkdom van de databank, onder meer de lijst wie met wie samenwerkt om wat te realiseren, kan anderen inspireren om leemten te detecteren en nieuwe samenwerkingsinitiatieven te zoeken. Of om 'plethora' (overaanbod) te vermijden. Alvast biedt de Provincie Oost-Vlaanderen nu al zijn diensten aan om de informatie die nu reeds beschikbaar is te gebruiken en nodigen wij elke dienst uit, die de informatie reeds had opgeleverd of die zij nu zal invoeren in het bijgeleverde werkboek, om de analyse vandaag te maken en binnen een paar jaar opnieuw te maken, om te zien wat er veranderd is. En verbeterd is.

# bijlagen

## bijlage 1 Stuurgroepleden

**Tabel b1.1** Stuurgroepleden

Naam	Organisatie
De Clercq Jan	Liberal Mutualiteit Oost-Vlaanderen – SEL Gent
De Wispelaere Frederic	HIVA – KU Leuven
Dhondt Dirk	WZC Sint-Vincentius vzw Zaffelare – Experiment ‘Woonzorg’
Joos Luc	Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen – Provinciale Woonraad
Lambrecht Jan	OCMW Gent – Experiment ‘Woonzorg’
Lebeer Patricia	Socialistische Mutualiteit Oost-Vlaanderen – SEL Gent
Meyfrootd Frans	Provincie Oost-Vlaanderen dienst Preventie, Hulpverlening en Zorg
Pacolet Jozef	HIVA – KU Leuven
Timbremont Marc	Provinciale Woonraad
Van der Beken Karin	WZC Sint-Antonius vzw Grembergen – Experiment ‘Woonzorg’
Vanderkerken Katelijne	OCMW Sint-Niklaas – SEL Waasland

**BRON** Eigen tabel

# bibliografie

- Breda, J., Pacolet, J., Hedeboom, G. & Vogels, J. (2010), *Programmatie thuiszorg- en ouderenvoorzieningen*, HIVA – KU Leuven, Leuven.
- Boonen, C. & Pacolet, J. (red.) (2001), *Vlaams zilver. Het woon- en zorgcentrum als schakel in de onderneming*.
- De Maeseneer, J. (1983), 'Thuishospitalizatie in het kader van het wijkgezondheidscentrum Botermarkt: een eerste rapport met bijzondere aandacht voor de economische aspecten, Gezondheid en Economische aspecten, *Gezondheid en Economie*, 2e symposium UIA, Antwerpen, p. 119-142.
- De Kam, G., Damoiseaux, D., Dorland, L., Pijpers, R., van Biene, M., Jansen, E., & Slaets, J. (2012), *Kwetsbaar en zelfstandig. Een onderzoek naar de effecten van woonservicegebieden voor ouderen*, Radboud Universiteit Nijmegen, 117 p.
- De Witte, N., Smetcoren, A., De Donder, L., Dury, S., Buffel, T., Kardol, T. & Verté, D. (2012), *Een huis? Een thuis! Over ouderen en wonen*, Vanden Broele, Brugge.
- Gijselinckx, C. (2013), 'Zorgcoöperaties: zorg voor coöperaties', *Samenleving en politiek*, no. 4, p. 72 – 77.
- Gijselinckx, C., Coates, A. & Deneffe, P. (2011), *Coöperatieve antwoorden op maatschappelijke uitdagingen*, HIVA - KU Leuven, Leuven, 250 p.
- Hambach, E. (ed.) (2012), *Lang zullen ze leven! Vrijwilligerswerk voor en door ouderen*, Politeia.
- Laeremans, C. (2011), 'Het woonzorgnetwerk in Destelbergen', Powerpoint gepresenteerd op conferentie 'Inspiratiedag woonzorgnetwerken', Deinze, 1 december 2011.
- Noé, L. & Vastiau, E. (2011), 'Het woonzorgnetwerk: garantie voor zorgtoegankelijkheid?', Powerpoint gepresenteerd op conferentie 'Inspiratiedag woonzorgnetwerken', Deinze, 1 december 2011.
- Nouws, H. & van der Linden, M. (2003), *Aan de slag met woonzorgzones – Instrumenten voor initiatiefnemers*, Kenniscentrum Wonen-Zorg, Amersfoort, 52 p.
- Pacolet, J. (red.) (2002), *De rol van serviceflats in de toekomst in Vlaanderen en Europa*, HIVA – KU Leuven, Leuven.
- Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H. & Versieck, K. (2000), *Social Protection for Dependency in Old Age*, Aldershot: Ashgate, 354 p.
- Pacolet, J., De Wispelaere, F. & De Coninck, A. (2011), *De dienstencheque in Vlaanderen. Tot uw dienst of ten dienste van de zorg?*, Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 367 p.
- Peetermans, A., Hedeboom, G., Pacolet, J., Devoldere, P., D'Haene, F., Pouillie, R., Botteldoorn, W., Grymonpreze, P. & Ameel, H. (2004), *Telecare voor ouderen. Socio-economische analyse van het gebruik van videotelefonie binnen de ouderenzorg*, HIVA – KU Leuven, Leuven.
- Peetermans, A. & Winters, S. (2009), *Naar een zorgvriendelijk Genk*, HIVA – KU Leuven, Leuven.
- Peetermans, A. & Winters, S. (2006), *Ouder worden in de stad. Concept voor een zorgvriendelijke wijk in de Leuvense binnenstad*, HIVA – KU Leuven, Leuven.
- Platform Wonen van Ouderen (1999), *Ontwerpgids Levenslang Wonen*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel.
- Provinciebestuur Oost-Vlaanderen (2012), *Sociale situatieschets van Oost-Vlaanderen 2011*, Team Sociale Planning & netwerking, Provincie Oost-Vlaanderen.



- Provincie Oost-Vlaanderen (2011), Provincieraadsbesluiten.
- Provincie West-Vlaanderen, *Beleidsbrief Woonzorg*, Provincie West-Vlaanderen.
- Van Damme, B. & Winters, S. (2002), *Ouder worden in de stad. Op zoek naar toekomstgerichte modellen voor wonen en zorg in de Leuvense binnenstad*, HIVA – KU Leuven, Leuven.
- Van Damme, B. & Winters, S. (2003), *Ouder worden in de Westhoek. Op zoek naar toekomstgerichte modellen voor wonen en zorg in de Westhoek*, Provincie West-Vlaanderen, Brugge.
- SEV (2012), *Woonservicegebieden klaar voor de volgende ronde*, SEV-advies.
- Singelenberg, J. & van Triest, N. (2009), *Voorstudies woonservicegebieden*, SEV, Rotterdam.
- Spinnewyn, H. & Pacolet, J. (1985), *De kostprijs van de thuisgezondheidszorg, Bijlage II, Kostprijs-berekening voor het centrum van diensten van Gent*, HIVA – KU Leuven, Leuven.
- Spruytte, N. & Hedeboom, G. (2008), *Hertogeneiland: een innovatief woon- en zorgconcept in de binnenstad van Leuven*, HIVA – KU Leuven, Leuven.
- STAGG (2000), *Verblijven of wonen: zorg voor eenieder*, STAGG, Amsterdam.
- Vanderkerken, K. (2011), 't Punt, Op weg naar een woonzorgnetwerk', Powerpoint gepresenteerd op conferentie 'Inspiratiedag woonzorgnetwerken', Deinze, 1 december 2011.
- Vandeurzen, J. (2012), *Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Beleidsprioriteiten 2012 – 2013*, Vlaams Parlement, 94 p.
- Van Opstal, W. (2011), *Coöperaties in zorg. Een verkenning van vraagstukken en goede praktijken in binnen- en buitenland*, CESOC – KH Leuven, Leuven, 39 p.
- Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid – Enter vzw (2009), *Ontwerpgids meegroeiwonen*, Enter vzw, 335 p.
- [http://www.entervzw.be/sites/default/files/ontwerpgids\\_meegroeiwonen.pdf](http://www.entervzw.be/sites/default/files/ontwerpgids_meegroeiwonen.pdf)
- Vlaams Parlement (2008), *Ontwerp van woonzorgdecreet*, Stuk 1975 (2008 – 2009) – nr. 1, Zitting 2008 – 2009, 26 november 2008.
- Vlaams Parlement – Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2009a), *Ontwerp van woonzorgdecreet. Hoorzitting. Verslag*, Stuk 1975 (2008 – 2009) - Nr. 3, Zitting 2008 – 2009, 14 januari 2009.
- Vlaams Parlement – Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2009b), *Ontwerp van woonzorgdecreet. Verslag*, Stuk 1975 (2008 – 2009) - Nr. 5, Zitting 2008 – 2009, 11 februari 2009.
- Vlaams Parlement – Commissie Wonen en Zorg (2009), *Hoorzitting over projecten van levenslang en aangepast wonen*, Stuk 2029 (2008 – 2009) – Nr. 1, Zitting 2008-2009, 7 januari 2009.
- VVSG (2011), 'Naar een woonzorgnetwerk, stap voor stap. Een aantal praktische wenken', Werktekst voor lokale besturen, VVSG, Brussel.
- Werkgroep Samenwerking (2010), *Eindrapport*, Rapport naar aanleiding conferentie Eerstelijns-gezondheidszorg, 11 december 2010, Antwerpen.
- Winters, S. (red.) (2001), *Lifetime Housing in Europe*, HIVA – KU Leuven/Platform Wonen van Ouderen vzw, Leuven.
- Woonzorgplanner & Kenniscentrum Woonzorg Brussel (2008), *Algemeen zorgstrategisch koepelplan woonzorgzones Brussel*, Vlaamse Overheid, 95 p.
- X (2012), *Eindrapportage experimenten woonzorgnetwerken 2009-2010-2011*.
- Zorgnet Vlaanderen (2010), *GPS 2021 – Werkboek. Nieuwe navigatie voor ouderenzorg*, Acco, Leuven.





